

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N° 534

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le vendredi 12 juillet 1901, à 1 heure*

PAR

**Paul ROUSTAN**

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien externe de la clinique d'Accouchements Baudelocque

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

## L'ALBUMINURIE SYPHILITIQUE PRÉCOCE

*Président : M. FOURNIER, Professeur.*

*Juges : MM. { TUFFIER, Agrégé.  
GAUCHER, Agrégé.  
WIDAL, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE  
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

534  
N.

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le vendredi 12 juillet 1901, à 1 heure*

PAR

**Paul ROUSTAN**

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien externe de la clinique d'Accouchements Baudelocque

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

## L'ALBUMINURIE SYPHILITIQUE PRÉCOCE

*Président : M. FOURNIER, Professeur.*

*Juges : MM.* { *TUFFIER, Agrégé.*  
*GAUCHER, Agrégé.*  
*WIDAL, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE  
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTE DE MÉDECINE)

1901

# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | M. BROUARDEL   |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | MM.            |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BLANCHARD      |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | BRISAUD.       |
| Anatomie pathologique.....                                         | LANNELONGUE    |
| Histologie.....                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | BERGER.        |
| Thérapeutique.....                                                 | POUCHET.       |
| Hygiène.....                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.....                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | BROUARDEL      |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | DEJERINE       |
|                                                                    | CHANTEMESSE.   |
|                                                                    | JACCOUD.       |
| Clinique médicale.....                                             | HAYEM.         |
|                                                                    | DIEULAFOY.     |
|                                                                    | DEBOVE.        |
|                                                                    | GRANCHER.      |
| Maladies des enfants.....                                          | JOFFROY.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | RAYMOND        |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | TERRIER.       |
|                                                                    | DUPLAY.        |
| Clinique chirurgicale.....                                         | LE DENTU       |
|                                                                    | TILLAUX.       |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | PANAS.         |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | GUYON.         |
| Clinique d'accouchements.....                                      | PINARD.        |
| Clinique gynécologique.....                                        | BUDIN.         |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               | POZZI.         |
|                                                                    | KIRMISSON      |

## Agrégés en exercice

| MM.            | MM.          | MM.        | MM.       |
|----------------|--------------|------------|-----------|
| ACHARD.        | DUPRÉ.       | LEJARS.    | THIERY.   |
| ALBARRAN.      | FAURE.       | LEPAGE.    | THIROLOIX |
| ANDRÉ.         | GAUCHER.     | MARFAN.    | THOINOT.  |
| BONNAIRE.      | GILLES DE LA | MAUCLAIRE. | VAQUEZ.   |
| BROCA Auguste. | TOURETTE.    | MENETRIER. | VARNIER.  |
| BROCA André.   | HARTMANN.    | MERY.      | WALLICH.  |
| CHARRIN.       | HEIM.        | REMY.      | WALTHER   |
| CHASSEVANT.    | LANGLOIS.    | ROGER.     | WIDAL.    |
| DELBET.        | LAUNOIS.     | SEBILEAU.  | WURTZ     |
| DESGREZ.       | LEGUEU.      | TEISSIER.  |           |

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

*qui m'a appris la bonne et vraie pratique médicale.*

A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

*MEIS ET AMICIS*

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de Médecine  
Officier de la Légion d'honneur

## INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion de voir dans le service du docteur Caussade, à l'hôpital Saint-Antoine, un cas curieux de néphrite syphilitique, nous avons pensé que cette question, bien que souvent traitée, pouvait donner lieu à des travaux, nous n'osons pas dire, originaux, mais personnels, et peut-être intéressants.

Notre cher ami Laubry, interne des hôpitaux, nous a vivement engagé à faire notre thèse sur ce sujet, et c'est muni de son aimable et précieux concours et aidé de ses savants conseils, que nous nous sommes mis au travail.

Nous ne saurions trop remercier de son aimable obligeance M. le docteur Brocq, qui a bien voulu nous confier par l'entremise de M. Laubry, son interne, plusieurs observations inédites, prises dans son service, ayant trait à notre sujet.

Mais avant d'entrer en matière, et au moment où nous couronnons nos études, c'est un devoir doux et cher à

notre cœur, que de venir ici, associer dans une même marque de reconnaissance respectueuse, tous les Maîtres, qui ont bien voulu guider nos premiers pas dans la science médicale, et nous aider de leurs conseils.

En première année, nous sommes bénévole chez M. le docteur Périér, chirurgien à l'hôpital Lariboisière; que ce chef nous permette de lui adresser un souvenir ému pour la façon dont il s'est montré toujours si bienveillant à notre égard.

Notre première année d'externat a lieu dans le service si éclairé de M. le docteur Dreyfus-Brisac, médecin à l'hôpital Lariboisière, qui s'efforce de nous faire connaître les délicatesses de l'auscultation, et les finesse du diagnostic.

Nous avons l'honneur de faire six mois d'externat en accouchement, à la clinique Baudelocque; M. le professeur Pinard ne cesse de nous témoigner une grande bienveillance dont nous venons ici le remercier. Nous sommes ensuite, à l'Hôtel-Dieu, l'externe de M. le professeur Duplay; nous avons là le rare bonheur de connaître M. le professeur agrégé Marion, chirurgien des Hôpitaux, alors chef de clinique, qui veut bien nous aider de ses conseils et de ses grandes connaissances scientifiques. Nous pratiquons notre stage d'accouchement à l'hôpital St-Antoine dans la Maternité, dirigée avec tant d'éclat par M. le professeur Bar.

M. le docteur Josias, alors médecin à l'Hôpital Trousseau, nous donne l'enseignement de la thérapeutique de cliniques infantiles. Remercions encore M. le professeur

agréé Auvray qui, comme prosecteur et chirurgien des Hôpitaux, n'a cessé de nous porter un grand intérêt.

Que M. le professeur Fournier qui nous a fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse, agrée l'expression de notre très vive et très respectueuse reconnaissance.

## HISTORIQUE

En parcourant les nombreux travaux qui, pendant le siècle dernier, ont trait à la syphilis rénale, on peut se rendre compte, d'une part, que les connaissances actuelles sur cette manifestation viscérale du virus syphilitique, sont de date relativement récente, d'autre part, que dans une première période, on s'occupe surtout des complications rénales tardives, et que plus tard seulement, dans une deuxième période, la notion de syphilis rénale précoce prend droit de cité dans la littérature médicale.

En effet, tandis que la conception de la syphilis hépatique est de date aussi ancienne que la syphilis elle-même, les anciens n'avaient aucune idée de néphropathies syphilitiques. Astruc ne les fait même pas figurer parmi ses interminables hypothèses sur les lésions internes de la maladie constitutionnelle. Ce silence n'a d'ailleurs rien qui doive étonner.

Le rein est l'organe qui dissimule le plus ses lésions. Pour les découvrir il faut analyser les urines, et ce n'est

pas à l'époque où la valeur séméiotique de l'albuminurie n'était pas établie que, dans l'ignorance du symptôme, on pouvait remonter à la cause.

C'est à Rayer que revient le mérite d'avoir attribué le premier à la cachexie vénérienne le développement de certaines maladies des reins. Avant lui, certains médecins anglais, Blackall, Grégory, Wels, avaient observé les altérations rénales au cours de la syphilis, mais ils en avaient faussement interprété la pathogénie ; au lieu de les faire dépendre directement de la maladie constitutionnelle, ils les attribuaient à l'action du mercure employé pour le traitement, doctrine que nous verrons de nouveau en honneur au moment où se publient les observations d'albuminurie au cours de la période secondaire.

Rayer eut donc non seulement le mérite d'établir les symptômes et les lésions de la syphilis rénale, mais encore d'en fixer définitivement la pathogénie en réfutant victorieusement les doctrines erronées de ses contemporains.

Après lui, on accumula les observations, et malgré l'opinion de Frérichs (1871) qui ne croit pas à l'action directe de la diathèse syphilitique sur les reins, semblable, par exemple, à celle qui s'empare des os et du foie, mais semble admettre une action purement prédisposante créant une cachexie profonde qui favoriserait ultérieurement l'éclosion de manifestations sur les reins, malgré cette opinion, qui, disons le, renferme une part de vérité, l'opinion de Rayer devient classique, se précise et s'étend. En France, les travaux de Lancereaux, de Cornil et Brault, de Charcot ; en Allemagne ceux de Virchow,

Finger, de Rosentein, de Winckel, Engel Wagner ; en Angleterre, ceux de Axel Key, de Bradley-Day, etc., établissent définitivement l'histoire de reins syphilitiques.

Mais jusqu'en 1879, les documents cliniques et anatomo-pathologiques, les revues, leçons d'ensemble des auteurs précités ne font allusion qu'aux néphropathies d'ordre tertiaire. Des cas sont cependant publiés, où l'on signale l'œdème, l'anasarque et l'albuminurie à une époque voisine de l'accident primitif.

En 1869, Mauriac observe un de ces cas à l'hôpital du Midi, analogue à ceux que, deux ans auparavant, Perroud, professeur à Lyon, avait déjà signalés. Descouts, en 1878, étudie, d'une façon très détaillée, un cas d'albuminurie survenant cinquante-trois jours après le chancre. Mais ce n'est que l'année suivante, en 1879, que Drysdale, dans sa note sur les affections syphilitiques des reins, distingue nettement les néphrites précoces des néphrites tardives.

Depuis cette époque, l'histoire des néphrites précoces parcourt la même marche, le même cycle que celle de la syphilis tertiaire. Les observations s'accumulent, et parallèlement, les revues et les thèses viennent résumer les faits, et montrer la question sous un jour de plus en plus net. Cependant, les mêmes discussions pathogéniques, qui s'étaient élevées à propos de la syphilis tertiaire, viennent mettre en doute la spécificité de l'albuminurie précoce. Et si l'on jette alors un coup d'œil d'ensemble sur la période, qui s'écoule depuis 1879 jusqu'à nos jours, on peut dire avec raison que la syphilis précoce a parcouru trois périodes :

Une première période, où sans discussion, sans objection, elle prend droit de cité dans le cadre nosologique, affirmée surtout dans les observations de Drysdale, Bouchard (1880), Mauriac (1886), dans la thèse de Négel (1882).

Une deuxième période, où sous l'impulsion de l'école allemande, on incrimine le traitement mercuriel intensif dans la pathogénie des accidents rénaux précoces, doctrine qui trouva peu de partisans en France, mais n'en eut pas moins un grand retentissement et une influence malencontreuse sur le traitement de la syphilis, en général, et même, d'après nous, sur le traitement des accidents rénaux, en particulier. A cette période se rattachent les travaux qu'on doit connaître, de Fürbringer, de Welander (1892), qui signalent la coïncidence « de l'albuminurie et de la cylindrurie pendant la syphilis », et le traitement mercuriel de Lang, de Guntz, de Lewin (1893), qui note l'apparition d'albuminurie à la suite d'injection de 0,10 centigrammes de salicylate de mercure. Ces auteurs n'ont, d'ailleurs, abandonné aucune de ces idées pathogéniques. Et chaque année, les notes publiées dans les journaux médicaux, à la Société de Dermatologie de Berlin, notes que nous avons consultées, analysées et que nous signalons à notre index bibliographique, montrent qu'ils leur sont demeurés fidèles.

Enfin, la troisième période est marquée, tout d'abord, par un ensemble imposant d'observations cliniques, les unes publiées isolément, et parmi celles-ci, nous citerons les cas multiples de Jaccoud, d'Etienne, de Delore et de Gastou, Lecorché et Talamon en France, de Greene et

Fordyce en Angleterre, de Lafleur en Amérique, de Schvimmer. Elsenberg, Welandar, en Allemagne.

Les autres, faisant l'objet de thèses fort intéressantes, et où sont relatées les observations les plus typiques, et d'autres faits personnels : Ce sont les thèses de Prendergast (1892), de Pannetier (1892), de Foulquier, (1896), et enfin de Theille (1898).

On conçoit que la question se précise ainsi de plus en plus, au point de vue clinique. Mais dans cette même période, la syphilis rénale reçoit la consécration anatomo-pathologique, et des histologistes éminents comme Darrier, Hudelo, dans les cas publiés à la Société de Dermatologie de 1893, complètent les descriptions macroscopiques vagues qui avaient été données jusque-là, dans les cas isolés de Mauriac, Drysdale, etc.

Enfin, les savantes cliniques du professeur Fournier, les belles pages qu'il a consacrées à la syphilis rénale dans son *Traité récent de la syphilis*, ont définitivement mis la question au point.

En outre, fait important, on applique à la fin de cette dernière période, à l'étude de la syphilis rénale, les procédés d'exploration, qui donnent sur les fonctions du rein des renseignements plus précis que ceux fournis par l'analyse grossière de l'urine.

La recherche de la toxicité urinaire d'après la méthode de Bouchard, l'épreuve du bleu de méthylène, d'après le procédé si ingénieux et si simple de Achard et Castaigne, la cryoscopie, ont été successivement employés par M. Patoir, qui a publié ses expériences et ses conclusions dans un mémoire récent.

Nous les rapporterons à propos des albuminuries légères, qui traduisent cependant un défaut de perméabilité rendu évident par les méthodes actuelles.

On conçoit donc que les documents nouveaux, que nous apportons sur la question, ne mettront en lumière aucun point de détail qui n'ait déjà été entrevu et approfondi. Mais, lorsqu'on peut envisager une question avec des documents aussi nombreux, et qu'on a contrôlé soi-même sur quelques malades l'allure clinique que revêt l'affection qui nous occupe, il est permis d'apporter quelques vues personnelles dans le groupement de ces faits, et les conclusions qui s'en dégagent.

Ce sont ces considérations qui nous ont également guidé dans le recueil des observations que nous joignons aux nôtres. Nous ne pouvions les mentionner toutes in extenso; aussi nous sommes-nous contenté de choisir celles qui nous ont paru le plus probantes, et de donner pour les autres, ou bien un résumé détaillé, ou bien une indication bibliographique précise ?

---

## ÉTIOLOGIE

**Fréquence.** — D'une façon générale, on peut dire que la syphilis rénale est rare. D'après les auteurs, tant dans ses manifestations secondaires que dans ses lésions tertiaires, elle tient le sixième rang dans les manifestations viscérales spécifiques.

Cette opinion, quoique combattue par Engel, qui prétend que, sur 16 cas de mal de Bright, six dépendent d'une syphilis invétérée, semble vraie.

Mais, tandis que les auteurs estiment les lésions tertiaires plus fréquentes que les secondaires, nous pensons, au contraire, que ce qui fait la rareté apparente des lésions précoces, provient de l'opinion classique qu'elles se manifestent toujours par des symptômes graves. Mais les albuminuries légères de la période secondaire, qu'on observe souvent au début de la roséole, albuminuries latentes et transitoires, qui ne se révèlent que par un examen journalier et méthodique des urines, tel qu'on le pratique dans les services affectés spécialement aux maladies vénériennes, traduisent une néphrite légère, peu intense, superficielle, pour ainsi dire.

Les doctrines, qui ont élargi le cadre des néphrites infectieuses, ont nécessairement agrandi celui de la néphrite précoce, en y faisant rentrer ces cas légers auxquels nous faisons allusion, et qui sont assez fréquents. Notre ami Laubry nous dit avoir rencontré l'albuminurie, quel qu'en soit le degré, à la période secondaire, dans la proportion de 1 pour 100 malades, abstraction faite des cas, où, cette albuminurie pouvait être attribuée à une maladie infectieuse intercurrente.

**Age et sexe.** — Les considérations d'âge, en ce qui concerne la syphilis rénale précoce, sont peu importantes. Il est naturel que le maximum de fréquence se rencontre à l'âge adulte, à l'époque où sévit la maladie vénérienne, soit de vingt à trente ans.

Il n'en est pas de même de l'influence du sexe : à compiler nombre de faits et d'importants mémoires (celui de Mauriac, par exemple), on croirait que l'affection est l'apanage spécial du sexe masculin. Les auteurs même sont tentés de le croire, et invoquent pour expliquer cette prédilection, une série d'arguments tirés de la profession, de l'influence du surmenage, des intoxications plus rares chez la femme.

Mais, il faut tenir compte du domaine forcément exclusif où observent certains spécialistes, et à supposer que certaines conditions extérieures militeraient en faveur des hommes, la grossesse, cette cause si fréquente d'albuminurie, rétablirait l'équilibre. D'ailleurs, les observations inédites que nous rapportons, ont toutes trait à des femmes.

**Causes prédisposantes.** — Elles interviennent d'une façon hypothétique dans l'albuminurie syphilitique, comme dans toute néphrite infectieuse. Les unes, les moins douteuses, comprennent les lésions antérieures du rein ayant pris naissance au cours d'infections ou d'intoxications diverses. C'est ainsi que, dans les antécédents du malade, on peut relever la fièvre typhoïde (obs. XVII), les fièvres intermittentes, les fièvres éruptives, en particulier la scarlatine, l'érysipèle, etc.

D'un autre côté, certaines intoxications comme le plomb, qui produit des altérations si profondes du parenchyme rénal, l'alcool, certaines diathèses, comme l'arthritisme, dont certaines manifestations (la goutte, par exemple) se localisent sur le rein, préparent le terrain de longue main, et viennent une de ces infections générales nouvelles, dont la syphilis est le type, la localisation aura une tendance à se faire sur l'organe atteint.

Dans quelques cas, la cause prédisposante lointaine, antérieure, n'existe pas, ou bien si elle existe, son action est, pour ainsi dire, renforcée par une cause occasionnelle banale, traumatisme, rarement, froid, et surtout surmenage. Dans quelques observations, en effet, l'anasarque a pris naissance après une exposition prolongée au froid, et surtout au froid humide, dont on ne peut d'ailleurs nier l'action prédominante dans l'étiologie de certaines néphrites aiguës. Dans d'autres, c'est à la suite d'un excès de table, de boisson, d'accidents gastro-intestinaux, qu'ont éclaté les accidents rénaux.

A côté de ces causes prédisposantes générales, et de ces causes occasionnelles locales, nous réservons un cha-

pitre spécial à la grossesse. Sans préciser la nature de son rôle, agit-elle sur les reins en déterminant un affaiblissement général de l'organisme, ou bien par une sorte d'auto-intoxication gravidique, comme nous l'a enseigné notre maître, le professeur Pinard, ou bien, enfin son action est-elle peu importante, et y a-t-il entre la grossesse et les manifestations rénales de simples relations de coïncidence ? Toujours est-il, que nous noterons la fréquence de cette coïncidence tant au cours de nos observations (obs I, IV, XII) qu'au cours de celles que nous rapportons.

**Cause déterminante.** — Telles sont, dans leur ensemble, la plupart des causes prédisposantes connues ou possibles de l'albuminurie syphilitique. L'action déterminante présumée, (puisque nous n'avons pas encore discuté la pathogénie), c'est le virus syphilitique ; encore devons-nous étudier si, dans les observations que nous soumettons, il présente quelques particularités : L'époque de la syphilis ? C'est dès les premiers temps de l'infection, qu'en général l'albuminurie se manifeste. Dans certaines observations rares, elle éclate dès le deuxième mois, au minimum, quarante jours après le chancre, dans d'autres, elle se fait attendre plusieurs mois, quelquefois deux ans, comme nous le rapportons dans une observation intéressante. Mais ordinairement, c'est en pleine évolution secondaire, du troisième au cinquième mois, qu'elle atteint son maximum de fréquence.

La gravité des accidents syphilitiques a-t-elle une influence quelconque sur l'éclosion des accidents rénaux ?

Certes, on peut rencontrer des cas (Descouts. Mauriac), où les accidents initiaux eurent un caractère d'intensité remarquable, où la roséole fut rebelle, généralisée, et s'accompagna de manifestations muqueuses, à tendance ulcéreuse. Et, à ce propos, nous croyons que les syphilitides ulcéreuses, en ouvrant aux germes infectieux une large porte d'entrée, ne sont pas sans influence sur l'apparition d'une néphrite. Mais, on peut dire que ce qui fait la gravité d'une syphilis, ce n'est pas tant la multiplicité et la ténacité des manifestations cutanées et muqueuses que le caractère de généralisation viscérale précoce et rapide. Aussi, une syphilis, même à accident primitif bénin, à plaques muqueuses rares, à roséole à peine prononcée, mais à céphalée tenace, ictère, périostose, alopecie, manifestations phlébitiques, (obs. XII), doit-elle être considérée comme une syphilis grave, et on peut dire que l'apparition de l'albuminurie est par elle-même un signe de malignité.

Dans cet ordre d'idées, il faut mentionner la coïncidence des chancres extra-génitaux (obs. Gastou 1895, rapportée n° XIII), et de syphilis graves, et, partant, se compliquant d'albuminurie.

Mais, dans la vérole, comme dans toute maladie infectieuse, à côté des faits signalés plus haut, il en est d'autres, où il nous a été impossible de relever aucune trace de gravité particulière (si ce n'est la manifestation albuminurique elle-même) (obs. de I à VIII).

Donc, nous concluons en disant que le malade aura d'autant plus de chances de contracter une néphrite, qu'il aura présenté, du côté des organes profonds, des

manifestations plus nombreuses, plus graves, plus tenaces, mais que, dans une syphilis, même passée inaperçue par sa bénignité, les reins ne sont pas à l'abri de ses atteintes.

A cette question du degré de virulence de la vérole, se rattache intimement celle de l'influence d'un traitement spécifique antérieur ou concomitant. Mais cette question a soulevé dans l'affection qui nous occupe tant de discussions, que nous nous réservons de l'exposer dans le chapitre pathogénie.

---

## SYMPTOMES

La néphrite précoce n'est pas une dans ses manifestations et il est difficile d'en donner une description d'ensemble, sans créer aussitôt des catégories et des formes cliniques.

Nous grouperons donc, d'après l'intensité des signes fonctionnels et la gravité de l'évolution, les cas, que nous avons analysés et publiés, sous trois formes :

Une forme bénigne,

Une forme moyenne,

Une forme grave.

**Forme bénigne.** — Elle correspond aux formes bénignes de l'albuminurie dans les maladies infectieuses (Observations I à VIII). Son début est ordinairement latent : à peine est-il marqué par un léger œdème des malléoles, à la suite d'une fatigue, une légère bouffissure des paupières, le matin au réveil, qu'accompagne une sensation de malaise, une courbature, quelques points douloureux, vagues et fugaces dans la région lombaire, manifestations qu'on s'empresse de mettre à l'actif de

l'infection syphilitique. Souvent même, ce début, si insidieux et si peu grave, manque, et ce n'est que par un examen méthodique et journalier des urines, comme on le pratique dans les services syphilitiques, qu'on constate la présence d'albumine dans les urines. D'ailleurs, celles-ci ne sont pas diminuées, ne sont pas modifiées dans leur couleur, leur densité. Mais si nous nous en rapportons au mémoire de M. le docteur Patoir, l'excrétion urinaire est notablement troublée; la toxicité urinaire des syphilitiques, même dans les cas où l'on ne rencontre pas d'albumine, s'abaisse d'une façon considérable; l'élimination du bleu de méthylène se fait lentement; et le poids de la molécule élaborée reste élevé. Ces données, qui concordent les unes avec les autres, montrent que la fonction éliminatrice est troublée. D'après M. Patoir, elle le serait davantage chez les sujets âgés, qui, antérieurement à leur syphilis, présentent déjà un certain degré d'insuffisance rénale.

Nous rattacherons à cette forme bénigne, l'albuminurie, qu'on rencontre au cours de la fièvre syphilitique. Certes, nous savons que cette dernière manifestation est considérée comme rare, peut-être parce qu'on ne prend pas la peine de suivre avec attention les variations de la température chez les syphilitiques; mais, parmi les cas inédits, que nous rapportons, nous citons l'observation intéressante (observation XI), due à l'obligeance de notre ami Laubry, interne du docteur Brocq, d'une jeune malade âgée de 22 ans qui, à la suite d'un chancre géant de la grande lèvre, fut prise d'accidents infectieux graves, qu'on attribua à une blennorrhagie concomi-

tante, et qui même firent porter (le séro-diagnostic ayant été négatif) le diagnostic de granulie.

L'évolution montra qu'il s'agissait d'une manifestation fébrile syphilitique, car, jamais l'influence du traitement ne se fit sentir d'une façon aussi manifeste et salutaire. Au cours de ces accidents, les urines étaient peu abondantes. Elles avaient l'aspect et la couleur d'urines de maladies fébriles, et renfermaient une légère quantité d'albumine. Leurs caractères se modifièrent d'ailleurs avec ceux de la fièvre, qui prit les allures d'une fièvre biquotidienne. Enfin, l'albuminurie disparut avec ces manifestations fébriles.

Dans ce cas, il s'agissait d'une syphilis grave de par l'intensité des symptômes généraux, mais d'une forme légère de néphrite. C'est ce contraste que nous avons cru devoir signaler.

**Forme moyenne.** — Dans cette forme, correspondant aux observations IX, X, XI, XII, XIII, de notre thèse, et en général, aux cas qui guérissent, au bout d'un temps plus ou moins long, après avoir subi une évolution aiguë, subaiguë, ou chronique, le début peut être brusque, marqué, à la suite d'un coup de froid, par des douleurs lombaires, une élévation de température, quelquefois, par une attaque de suburémie (crise de dyspnée, ou se vomissements ou crise nerveuse.) Mais ordinairement, ce début à fracas, déjà rare dans les néphrites infectieuses, est plus rare encore dans la néphrite syphilitique, et c'est l'œdème progressif des membres inférieurs, qui ouvre le scène, et attire l'attention du malade.

Œdème persistant, voilà peut-être le seul symptôme fonctionnel de la période d'état. Il peut occuper toutes les régions : malléole, scrotum, la verge chez l'homme, petites lèvres chez la femme, paupières, joues, sont ses lieux de prédilection.

Il est mou, peu douloureux, garde l'empreinte du doigt, Il est persistant, c'est là son grand caractère, peut se compliquer d'anasarque, d'ascite, et d'œdème pleural : ces deux dernières complications sont rares

Nous avons surtout en vue dans cette description, l'observation d'une femme de 25 ans (Observation XII), atteinte de grossesse au cours de la période secondaire, et chez laquelle, sans troubles fonctionnels concomitants sans trouble digestif notamment, l'œdème dura deux mois, en dépit du régime lacté exclusif. La malade, d'ailleurs, quitta l'hôpital pour satisfaire, à son aise, son appétit.

Cependant cette intégrité fonctionnelle n'est pas sans exception. Dans les observations de Labadie-Lagrave, de Négel, et d'autres, où il s'agit, vraisemblablement, de néphrite d'intensité moyenne, les nausées, les vomissements, et la céphalée, sont signalés. En somme, dans ces cas, il peut y avoir des symptômes de petite urémie; mais ils ne sont jamais prédominants et typiques comme dans la forme précédente.

Les urines sont rares; (l'anurie n'existe jamais, à moins de complication). Elles renferment ordinairement de grandes quantités d'albumine.

Cette forme, malgré la longue durée qu'elle peut présenter dans certains cas, évolue vers la guérison. L'al-

buminurie diminue et finit par disparaître tout en existant longtemps encore à l'état de traces (cas de Barthélemy, 9 mois, cas de Bourcy, 5 mois avant la diminution de l'albumine). Cette guérison est-elle complète? La syphilis n'a-t-elle pas touché le rein d'une façon irrémédiable, cette atteinte ne se révélera-t-elle pas plus tard, d'une façon grave, à l'occasion d'une infection même légère? Il faudrait suivre les malades pendant un trop long laps de temps, pour l'affirmer. Néanmoins, il est permis de le supposer, bien que l'observation XIV de Mauriac, que nous rapportons à dessein, permette l'hypothèse contraire.

D'ailleurs, cette forme moyenne peut ne pas se maintenir avec cette simplicité de symptômes que nous lui accordons (œdème, albumine), et dans certains cas, à la suite d'écart de régime, d'un coup de froid, ou même, en vertu de cette évolution capricieuse, qu'on rencontre si fréquemment dans l'histoire des affections rénales, elle se transforme brusquement en la forme suivante : la forme grave.

**Forme grave** (observations XIV à XVIII). — Le professeur Fournier, qui a consacré dans ses leçons sur la syphilis (p. 736) un chapitre d'une netteté et d'une précision remarquables, à la syphilis rénale, attire l'attention sur le caractère de gravité particulière, que peut revêtir l'albuminurie dans la syphilis : « Je n'en ai pas « moins été conduit, dit-il, à considérer la néphrite « secondaire comme comportant un très haut degré « de gravité et aboutissant fréquemment à la mort.

« Sur les trente cas que j'ai rassemblés (tous cas survenus au cours de la première année d'infection), je compte exactement dix morts. Cette proportion d'un tiers de cas mortels est à coup sûr énorme, colossale. Elle constitue un fait unique dans l'histoire de la syphilis ». Nous-même, nous serions tenté de croire que cette opinion n'est pas exagérée si nous nous en rapportions au cas que nous avons observé à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du docteur Caussade, et où les seules manifestations de la syphilis furent une attaque d'urémie suraiguë et mortelle. Mais les considérations, que nous avons envisagées au chapitre étiologique, et qui nous ont été suggérées par l'analyse des observations provenant du service du docteur Brocq, et recueillies par son interne, notre excellent ami Laubry, nous font étendre le champ des albuminuries légères, et restreindre la proportion des néphrites graves.

Quoiqu'il en soit, cette forme est contemporaine du début des accidents secondaires. (Fournier sur 26 cas en note 11 dans le 3<sup>e</sup> mois; Mauriac, sur 23 cas, en note 8 dans le 2<sup>e</sup> mois.) Elle peut avoir un début brusque, rarement par des douleurs lombaires, plus souvent, par une attaque terrible et soudaine de grande urémie (Observations XV, XVI, XVII).

Elle peut aussi commencer d'une façon insidieuse par l'œdème, d'abord circonscrit puis s'étendant et se généralisant, et devenant l'anasarque. Enfin, elle peut, comme les formes précédentes, être latente, et se révéler par l'examen des urines. Mais cette phase est de courte

durée, et, très rapidement, éclate l'un des symptômes fonctionnels de la période d'état.

Signalons tout d'abord les troubles cérébraux : Une céphalée intense, rebelle et gravative, précédant, soit des symptômes d'excitation allant de l'insomnie au délire, des contractures partielles pouvant devenir soit des secousses convulsives localisées (épilepsie partielle), ou généralisées, plus ordinairement, des symptômes de dépression, allant de la somnolence au coma. Ce sont ces troubles, qui étaient prédominants dans notre observation XVIII, et dans celles que nous ne rapportons pas, mais qui sont signalées par le professeur Fournier dans ses leçons (p. 736 et suivantes), enfin dans les observations de Mauriac et de Wagner (Observations XIV et XV).

Parallèlement à ces troubles, ou indépendamment d'eux, donnant alors à l'affection une tout autre physionomie, peuvent apparaître les troubles pulmonaires et gastro-intestinaux. Une dyspnée rapidement intense, survenant soit « sine materia », soit à l'occasion d'une crise aiguë d'œdème pleuro-pulmonaire, et s'accompagnant alors rapidement de l'expectoration caractéristique abondante et albumineuse ; une série ininterrompue de vomissements incoercibles alimentaires ou bilieux, précédés de nausées et de crampes d'estomac.

Nous le répétons, ce qui fait la gravité de cette forme, c'est la brusquerie, la soudaineté d'apparition de ces accidents sans prodrome, sans que les malades, peut-être anémiés, du fait de leur syphilis, ou d'un surmenage antérieur, aient pu le deviner, comme dans la forme précédente, du fait de la longue durée des manifestations

rénales. Ils surviennent aux cours d'un œdème généralisé, énorme, durable et emportant souvent le malade par ses localisations (œdème glottique, par exemple).

En même temps les urines sont rares, sédimenteuses, quelquefois rosées et sanguinolentes, plus rarement, pâles. Leur quantité en vingt-quatre heures présente de grandes oscillations. Elles sont le plus souvent diminuées. La polyurie n'est pas ordinaire. Mais, ce qui domine, c'est la quantité d'albumine, toujours considérable, pouvant aller jusqu'à cent dix grammes par litre. Et, si on l'examine au microscope, on peut constater, outre la présence de cristaux, l'abondance des cellules épithéliales, et la présence de cylindres de toute nature. Ces urines peuvent être franchement hématuriques, ce dont témoignent le grand nombre de globules rouges.

On comprend qu'un tel cortège de symptômes graves qui se succèdent avec rapidité, et qui apparaissent même avec un ensemble remarquable, comporte un pronostic réservé. Et, de fait, il est rare que la forme que nous étudions, se termine par la guérison, même incomplète, c'est-à-dire, comportant les réserves formulées plus haut. La mort est presque toujours la règle. Elle est le fait, soit d'une complication mécanique, œdème glottique ou pleuro-pulmonaire, soit d'une complication urémique. Nous devons souligner, encore, les trois caractères qui dominent cette terminaison : la fréquence, la rapidité, la précocité. Nous avons insisté sur le premier, il est à peine besoin de dire que dans la semaine qui suit l'éclosion des premiers accidents, et cela peu de temps après le chancre, le malade peut être emporté.

## DIAGNOSTIC

Ce chapitre sera le complément et, en partie, le résumé du précédent.

Il comporte la réponse à deux questions, la première simple, la seconde plus délicate.

D'une part, en effet, il s'agit de reconnaître la néphrite, ce qui exige, ou bien un examen minutieux et journalier des urines, ou bien, dans le cas d'albuminurie légère, on fait l'exploration du rein par le procédé d'Achard et Castaigne, qui nous semble le plus clinique, le plus à la portée de la médecine courante. Il suffira, en effet, d'injecter au malade un centimètre cube d'une solution au 1/20 de bleu de méthylène, de recueillir l'urine de la première demi-heure et, de doser, dans l'urine des 24 heures, la quantité de bleu éliminée. Si l'élimination est retardée (après la première demi-heure), diminuée (moins de 20 milligrammes dans le premier nyctémère), ou se prolonge au delà du troisième jour, on pourra affirmer, même en l'absence d'albumine, qu'il y a néphrite.

D'autre part il faut attribuer la cause de cette néphrite à la syphilis.

Il faudra analyser avec soin les caractères tirés de la néphrite elle-même, et de la maladie causale. Si on a affaire à la forme grave, on portera son attention sur l'abondance de l'albuminurie, la rapidité d'évolution des accidents graves, auxquels on assiste, et enfin, l'échéance fatale de ces accidents, quelle que soit l'énergie et la rapidité de l'intervention thérapeutique.

L'observation XVIII que nous rapportons et qui nous est personnelle vient bien confirmer dans ce sens l'opinion du professeur Fournier.

Si ces caractères font défaut, comme cela est de règle dans les formes légères et moyennes, l'attention sera reportée sur ceux tirés de l'anamnèse, lesquels sont toujours des éléments de diagnostic de premier ordre. Pour qu'on puisse manifestement songer à des accidents syphilitiques, il faut qu'on soit convaincu de l'existence de la syphilis et d'une syphilis récente. Il faut qu'on voie les accidents secondaires (plaques muqueuses, roséole, périostose). Et alors, la notion étiologique prendra plus de consistance, si d'autres viscères sont frappés par le virus syphilitique. Qu'il y ait en même temps un léger degré d'ictère, que la rate soit augmentée de volume, ce qui est assez fréquent (de Beurmann et Delherm), qu'il existe ce qu'on est convenu d'appeler la trilogie viscérale spécifique, et le doute cessera d'exister.

Mais ces caractères positifs, il est bon de les contrôler par une élimination de toutes les causes capables de provoquer l'albuminurie. Y a-t-il affection concomitante, grippe, pneumonie, congestion pulmonaire, angine même, et cette dernière, toujours si fréquente, au cours

des manifestations secondaires, implique un gros point d'interrogation et met en jeu la question même de la spécificité de la néphrite syphilitique ? Nous nous réservons de la soulever à un chapitre suivant. Mais il appartient au clinicien de déterminer dans l'action possible de l'infection amygdalienne et du virus syphilitique quelle part revient à l'une plutôt qu'à l'autre.

Enfin, dans la néphrite, comme dans tout accident syphilitique, le dernier mot revient au traitement. Mais s'il a une influence manifeste dans certains cas, son action est discutable dans d'autres, et, partant, son importance devient plutôt secondaire.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous serons bref, en ce qui concerne l'anatomie-pathologique. Au surplus, nous avons peu de choses à ajouter aux belles descriptions macroscopiques et microscopiques, que Darier et Hudelo ont publiées à la Société de dermatologie en 1893, et sur lesquelles s'est établie l'anatomie pathologique de la néphrite syphilitique précoce.

Nous nous efforcerons, cependant, d'apporter quelque clarté dans cette description, en généralisant les résultats obtenus et en complétant les autopsies déjà faites par celle à laquelle nous avons eu l'occasion d'assister dans le service du docteur Caussade à l'hôpital Saint-Antoine.

### EXAMEN MACROSCOPIQUE DU REIN

Nous décrivons deux formes, au rein syphilitique : l'une *commune*, signalée dans les autopsies anciennes (observation de Wagner, Mauriac, Négel, Drysdale,

Darier), et une *forme rare*, qui est celle que nous avons observée et dont se rapproche le cas de Hudelo.

**Forme commune.**—*C'est le type du gros rein blanc.*

Le rein est augmenté de volume, son poids, normalement de 180 grammes, atteint jusqu'à 250 grammes. Sa couleur est également modifiée. Sur un fonds blanchâtre se détachent de petits points, quelquefois des îlots hémorrhagiques, d'autrefois encore, des points plus jaunes, indices, soit, d'une dégénération plus avancée, soit d'une sclérose ancienne.

La consistance est molle; la décortication difficile, ne l'est cependant pas dans les mêmes proportions que dans les reins scléreux.

A la coupe, la substance corticale est hypertrophiée, pâle; on y rencontre les mêmes points hémorrhagiques, les mêmes points à îlots jaunâtres que nous avons déjà signalés sur la face externe.

Quelquefois, cette substance, surtout au niveau des colonnes de Bertin, est tuméfiée, saillante à la coupe, et, suivant la comparaison de Hudelo, son aspect ressemble à celui de la chair d'anguille.

Enfin, dans les cas suraigus, on peut noter des ecchymoses plus ou moins étendues.

La substance pyramidale est également pâle, moins déformée que la précédente, parsemée également de petites ecchymoses.

**Forme rare.** — Il nous semble que dans ce dernier cas, les reins, trouvés à l'autopsie, sont des reins atteints

de lésion ancienne, qu'est venu surprendre et aggraver l'infection syphilitique.

Les lésions sont celles du petit rein rouge, dur, et congestionné.

Les reins sont diminués de volume, tantôt d'une façon peu notable (Darier, rein 165 grammes); quelquefois, cette atrophie est plus marquée (observation personnelle, 105 à 115 grammes).

Ils sont déformés, bosselés, sillonnés de brides cicatricielles. Leur couleur est rouge, avec quelques taches jaunâtres minuscules, et quelques dilatations vasculaires.

Leur consistance est dure, résistante à l'ongle: A la coupe, on constate un amincissement des 2 substances marquée surtout pour la substance corticale.

On remarque sur ces coupes quelques grains pâles d'un blanc opaque tranchant sur le fond du tissu d'un rouge ardoise.

#### CARACTÈRES HISTOLOGIQUES OU MICROSCOPIQUES

Nous nous en rapporterons aux descriptions de Darier et Hudelo, que nous schématiserons de la façon suivante :  
• Il y a dans le rein syphilitique deux sortes de lésions :

1° Des *lésions de dégénérescence*.

2° Des *lésions inflammatoires*.

*Lésions de dégénérescence* : Elles sont prédominantes

et portent sur les glomérules et les tubuli contorti. Les glomérules ont leur capsule hypertrophiée ; les cellules qui la forment sont gonflées, et dans les mailles du peloton glomérulaire, s'infiltré de la graisse.

Les tubuli contorti et les anses larges de Heule ont leurs cellules tantôt en voie de dégénérescence graisseuse à tous les degrés, tantôt présentant des vacuoles, tantôt enfin en voie de dégénérescence colloïde avec formation de cylindres.

*Lésions inflammatoires* : De même que dans les lésions macroscopiques, nous avons distingué des formes normales et anormales, de même, nous distinguerons ici des formes fréquentes et des formes rares.

**Formes fréquentes.** — Il s'agit des cas où les lésions inflammatoires sont discrètes ; on note alors une légère prolifération conjonctive, ou une légère congestion vasculaire, sans prolifération.

**Formes rares.** — Dans ces formes, les manifestations inflammatoires sont prédominantes, ce qui tient soit à ce qu'on observe une lésion de néphrite antérieure à la syphilis, soit à la longue durée de l'affection, soit, enfin à la disposition exceptionnelle de l'infiltration. Elles se manifestent ordinairement par une prolifération interstitielle sclérosante, entourant les vaisseaux. Dans un cas important, signalé par Dederlin, cas que nous devons rapprocher de l'observation de Roques et Devic

dans l'ictère syphilitique précoce (1894, congrès de Lyon), il y avait infiltration vraiment spécifique :

De minuscules amas de cellules rondes embryonnaires disséminées dans les travées conjonctives, le long des vaisseaux, rappelaient l'aspect de gommes miliaires excessivement jeunes.

---

## PATHOGÉNIE

Tous les auteurs n'accordent pas à la néphrite syphilitique la même nature spécifique, et nombreuses sont les théories pathogéniques, que nous rangeons sous trois groupes différents :

Un premier groupe comporte ceux qui accordent un rôle primordial aux infections secondaires ; de même aux causes occasionnelles, telles que le froid. Il ne nous paraît pas douteux, en effet, qu'en cas de coïncidence d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde ou d'une scarlatine avec la syphilis, l'action nocive sur le rein doive appartenir à ces maladies infectieuses. Mais incriminer d'une façon constante les infections, qui peuvent avoir comme point de départ une ulcération de la gorge, de la vulve, du vagin, ou même la blennorrhagie, si souvent concomitante, nous paraît excessif. Ces ulcérations, quand elles sont étendues, quand elles sont le siège d'une inflammation considérable, méritent qu'on y prenne garde. Le fait est plutôt rare. Il en est de même de l'action du froid. M. Chauffard fait une distinction entre les

néphrites syphilitiques, dans lesquelles l'action du froid semble jouer le principal rôle et celles dans lesquelles il est relégué à l'état de cause occasionnelle. C'est vouloir, il nous semble, compliquer la question, car si l'on accorde à la syphilis un rôle dans la plus ou moins grande fragilité du rein (Renon), le critérium thérapeutique, inconstant dans les manifestations viscérales, nous semble bien artificiel pour séparer l'influence prédisposante de l'influence déterminante.

Un deuxième groupé comprend les auteurs qui attribuent au mercure une grande part dans les lésions rénales. C'est la doctrine chère aux syphiligraphes allemands. Fürbringer, Guntz, Lang, Welander et Lewin. Ils s'appuient sur certains faits où l'injection d'une dose assez forte de mercure (0.10 ctg. de salicylate de mercure) déterminait l'apparition d'albumine, sur la dégénérescence graisseuse des reins à l'autopsie des syphilitiques traités, sur le danger que comporte, chez des individus déjà touchés du côté des reins, l'absorption de préparations mercurielles. Nous répondrons à ces allégations par l'exposé impartial des faits, et, sans nier l'influence néfaste d'un traitement mercuriel poussé à outrance, sans discuter les raisons présentées par les médecins allemands et dont Mauriac conteste avec raison la justesse, nous nous en rapporterons à nos observations personnelles, à celles que nous signalons : les malades étant vierges de tout traitement mercuriel, quand on constata la présence d'albumine dans leurs urines.

Il faut donc, finalement, réserver une place à l'action spécifique et rapprocher là encore la syphilis d'une

maladie infectieuse. Il semble alors naturel d'admettre que le virus, dont nous ne connaissons pas la nature, agit sur le rein, soit sur son épithélium, soit sur son tissu conjonctif. Les autopsies semblent donner raison à la première hypothèse. Il s'agit presque toujours d'un gros rein blanc. Mais dans notre cas (Observation XVIII) les reins étaient rétractés, du fait d'une maladie antérieure probablement, et cela, malgré le jeune âge de la malade. Et, de fait, la syphilis semble rarement créer de toutes pièces l'affection rénale. Elle agit surtout sur des reins ou malades ou vieux. C'est la conclusion à laquelle arrive le docteur Patoir : « Chez les sujets jeunes, dont le  
« rein est sain, l'excrétion urinaire tend à devenir plus  
« forte, la quantité et la densité des urines augmen-  
« tent, le taux de l'urée et des autres principes nor-  
« maux dépasse la moyenne habituelle. Quant à l'éli-  
« mination du bleu elle est généralement forte. Le poids  
« de la molécule reste normal.

« Quand les sujets sont âgés ou qu'il y a des raisons  
« de croire que leur rein présente déjà un certain degré  
« d'insuffisance, la poussée syphilitique tend au con-  
« traire à abaisser la quantité et la densité des urines,  
« elle diminue l'excrétion de l'urée, entrave l'élimination  
« du bleu et élève le poids de la molécule urinaire. »

Enfin cette pathogénie ne serait pas complète si nous ne mentionnions pas l'opinion du professeur Dieulafoy, qui fait rentrer certaines albuminuries spécifiques dans le groupe des albuminuries non brightiques, qu'il a souvent constatées, et qui, provoquées par une dissociation des actes morbides du rein, ne sont qu'une forme de diabète albumineux,

## PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic découle des considérations que nous avons exposées. Les néphropathies précoces, comme celles d'origine commune, n'ont pas une marche facilement calculable. Il faut toujours se tenir en garde contre les encéphalopathies ou les manifestations urémiques graves. D'autant plus que ces accidents cérébraux sont ici doublement insidieux, et peuvent tenir ou bien à l'urémie, ou bien à une syphilis cérébrale, ou bien à ces deux lésions simultanément. La forme comateuse paraît être la plus fréquente. Or comme ce n'est pas le mode le plus habituel de l'encéphalopathie syphilitique, on aura raison de l'attribuer à l'urémie. Il importe peu du reste au point de vue pratique, puisque le traitement est le même ? Les indications pronostiques les plus positives reposent sur la quantité de l'albumine, et des débris épithéliaux qui traduit l'intensité de la glomérulo-néphrite, sur l'abondance et la généralisation de l'œdème sous-cutané et des épanchements thoraco-abdominaux, sur les troubles respiratoires

et gastro-intestinaux, enfin sur l'action curative plus ou moins décisive des mercuriaux et de l'iode de potassium.

L'albumine persiste souvent dans les urines, même après la guérison des autres troubles fonctionnels. Mais ce fait ne doit pas inquiéter le pronostic outre mesure. Il faut s'en montrer circonspect pour un avenir assez éloigné, prévenir l'anasarque par un traitement ioduré, et recommander au malade une hygiène assez sévère.

Il n'est pas douteux que les néphropathies secondaires, comme beaucoup d'autres accidents, sont de même date. Mais il est en même temps prouvé que les médicaments spécifiques, loin d'avoir une action nuisible sur le fonctionnement des reins, entraînent la guérison des néphropathies avec une rapidité souvent étonnante. Il faudra donc recourir au mercure et à l'iode de potassium.

Le mercure sera donné soit par les voies digestives, de préférence, sous forme de liqueur de Van Swieten (Brocq), soit en injection de sels solubles (cyanure ou biiodure de mercure), soit surtout sous forme de frictions cutanées ; son administration n'a qu'un inconvénient ; elle donne fréquemment lieu dans les néphropathies à une salivation interminable.

Nul doute que cette stomatite intense et rebelle ne soit en rapport avec la lésion rénale. Le mercure ne pouvant s'éliminer suffisamment par les reins, trouve sa voie d'élimination dans les glandes salivaires : la guérison de la stomatite ayant lieu quand le filtre rénal a recouvré son intégrité.

L'iode de potassium est le médicament qui répond

le mieux aux indications ; aussi faut-il en donner à haute dose, à moins que l'état des voies digestives ne s'y oppose formellement ?

Mais ce traitement spécifique ne contre-indique en aucune façon le traitement ordinaire. Dans les cas bénins ou moyens, il faut, avant tout, recommander un régime et une hygiène sévères. Le repos, le régime lacté, les purgatifs légers et répétés, une diététique appropriée en forme les éléments essentiels. Dans les formes graves, il faudra agir sans retard et ne pas compter sur la rapidité des bienfaits du traitement spécifique. Il faut faire le traitement de l'urémie : saignées abondantes locale ou générale, injections de sérum, lavage du sang, sont ici de toute nécessité.

---

## OBSERVATIONS

Nous aurions pu accumuler les observations de néphrite syphilitique précoce. Nous préférons faire une sélection des faits qui, joints à nos observations personnelles nous, permettra de les ranger en trois groupes. Chaque groupe correspond aux formes cliniques que nous avons décrites.

---

## 1° FORMES LÉGÈRES

### OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Laubry, interne de M. Brocq).

#### *Albuminurie légère et latente survenue au cours d'une syphilis secondaire.*

La nommée H..., confectionneuse, âgée de 16 ans, entre à l'hôpital le 16 décembre 1898, salle Natalis, n° 37, pour blennorrhagie. A l'examen de la malade on note une grossesse assez avancée (5 mois).

Des plaques muqueuses aux commissures, au bord droit de la langue, la gorge est rouge.

Des syphilides pigmentaires du cou et du thorax.

En examinant ses urines, on trouve un léger précipité d'albumine.

La malade mise au régime lacté tout en lui continuant son traitement ne présente plus de précipité au bout de 10 jours. Elle n'a jamais présenté de signes de brightisme.

La malade a été revue plusieurs fois dans la suite; elle n'a jamais plus présenté d'albumine.

Pas d'antécédents personnels.

### OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Laubry interne de M. Brocq).

#### *Albumine légère au cours d'une syphilis secondaire.*

La nommée L..., lingère, âgée de 22 ans, entre le 22 janvier 1900 à l'hôpital Broca, salle Cullerier, n° 27 pour une roséole.

Adénite cervicale doublée, une ulcération de l'amygdale droite, des syphilides papulo-érosives de l'anus, des grandes et des petites lèvres ; une adénite inguinale.

Écoulement blennorrhagique.

Elle sort de l'hôpital améliorée le 22 mars.

Elle rentre le 28 mai avec de l'érythème du voile du palais et des amygdales, des syphilides opalines, des syphilides, érosives des petites lèvres et de l'anus ; elle présente en outre des bourdonnements d'oreille, de la bouffissure des paupières, et des fourmillements dans les extrémités depuis une huitaine de jours.

On examine ses urines qui renferment une quantité notable d'albumine. Rien d'organique. Traitement mercuriel et régime lacté. L'albumine disparaît en 20 jours. On ne la constate plus lors d'une troisième rentrée de la malade à l'hôpital.

#### OBSERVATION III (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. Laubry, interne de M. Brocq).

##### *Traces d'albumine au cours d'une syphilis secondaire.*

La nommée P..., âgée de 18 ans, entre à l'hôpital Broca, salle Cullerier, le 23 mars 1900.

Elle présente un chancre syphilitique typique, à la face interne de la grande lèvre droite avec œdème dur de cette grande lèvre. Plaques muqueuses à l'anus, sur les amygdales et les dents de la langue. En examinant ses urines on trouve de légères traces d'albumine. Traitement mercuriel. Régime lacté. L'albumine disparaît en huit jours.

#### OBSERVATION IV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Laubry, interne de M. Brocq).

La nommée P., mécanicienne, âgée de 29 ans, entre à l'hôpital Broca salle Cullerier n° 26, le 25 juin 1900. Grossesse de

8 mois; à l'examen on dénote chez la malade une roséole intense. On lui trouve une syphilide érosive de l'amygdale droite, des syphilides papulo-érosives des grandes lèvres, et une adénopathie inguinale double plus accentuée à gauche.

L'accident primitif présente certains vestiges à la face interne de la petite lèvre droite.

En examinant ses urines on trouve un léger précipité d'albumine qui disparaît en 15 jours sous l'influence du régime lacté.

Pas d'antécédents personnels.

Il semble dans ce cas que l'albuminurie légère et passagère soit plus le fait de la grossesse que de la syphilis.

#### OBSERVATION V (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Laubry, interne de M. Brocq)

La nommée C., lingère, âgée de 24 ans, entre à l'hôpital Broca, le 37 novembre 1900, salle Cullerier n° 29, pour une métrite suite de blennorrhagie. A l'examen on trouve une ulcération spécifique de la fourchette, une fissure de la petite lèvre gauche, une adénopathie inguinale double, dure et indolente. Elle présente de plus une roséole atténuée avec plaques opalines des amygdales. Quelques syphilides érosives sur les bords de la langue.

La malade accuse de plus une oppression assez accentuée surtout la nuit, depuis cinq ou six jours bourdonnements d'oreille, légers vertiges. En examinant ses urines on trouve un précipité d'albumine considérable.

A l'auscultation des poumons quelques râles fins aux deux bases surtout prédominants à droite. Au cœur, ébauche de bruit de galop. Au bout de 8 jours de régime lacté, le bruit de galop, les symptômes congestifs ont disparu. L'albumine a diminué. La malade à sa sortie conserve encore un léger précipité.

Pas d'antécédents personnels.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Laubry, interne de M. Brocq)

*Traces d'albumine chez une syphilitique secondaire.*

La nommée S..., bonne, âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Broca, salle Cullerier, le 25 juin 1900. Elle se sent faible, a perdu l'appétit, a maigri et perdu des forces. En l'examinant, on s'aperçoit que son mauvais état général est sous la dépendance d'une affection spécifique. Pigmentation nette du cou. Roséole assez prononcée, et une adénopathie inguinale double sans syphilides visibles vulvaires.

En examinant les urines on constate des traces d'albumine dans les urines sans symptômes fonctionnels. Ce trouble disparaît en 12 jours sous l'influence du régime lacté.

Pas d'antécédents personnels.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Laubry, interne de M. le docteur Brocq.)

*Albuminurie légère survenue aux cours d'une syphilis secondaire et disparaissant sans laisser de traces sous l'influence du traitement.*

La nommée P..., couturière, âgée de 26 ans, entre le 15 septembre 1900 à l'hôpital Broca, salle Cullerier (lit 23) pour un mal de gorge durant depuis quelque temps. A l'examen de la malade, on remarque un érythème de l'arrière-gorge, avec syphilides opalines. Elle présente en outre des syphilides papuleuses sur le thorax et la face antérieure de l'abdomen, des syphilides papuleuses et papulo-érosives de la vulve avec adénopathie inguinale indolente. L'accident primitif paraît remonter à un mois.

Durant son séjour à l'hôpital, la malade accuse une céphalalgie assez intense, des bourdonnements d'oreille, un ou deux épistaxis. De plus elle souffre de crampes dans les mollets, et accuse une notable cryesthésie. Le matin à la visite, on s'aperçoit qu'elle a les paupières légèrement bouffies.

A l'examen de ses urines, on voit qu'elles sont un peu diminuées de volume, 1200 grammes, de densité, 1012 ; on note 2 grammes d'albumine par litre.

La malade est mise au lait tout en lui continuant son traitement spécifique.

Au bout de 8 jours les troubles fonctionnels ont complètement disparu. Les urines sont augmentées, 2 litres et demi, on ne trouve qu'un gramme d'albumine dans son urine totale.

8 jours après, l'albumine a de nouveau diminué, on n'en trouve plus que des traces à sa sortie au bout d'un mois et demi.

Pas d'antécédents personnels.

#### OBSERVATION VIII ( inédite ).

(Due à l'obligeance de M. Laubry, interne de M. Brocq).

#### *Albuminurie légère au cours d'une syphilis secondaire*

La nommée L..., modiste, âgée de 17 ans, entre le 29 septembre 1899, atteinte de la gale !

On trouve sur les bras des lésions de gale excoriées et eczématisées par le grattage, on en trouve aussi dans les sillons interdigitaux et sur les poignets. De plus, elle présente des syphilides papuleuses du cou et de la face, des syphilides acnéiques du tronc à très petits éléments, abondantes surtout sur les parties latérales et les bras. On remarque aussi une pigmentation très accentuée sur le cou et le moignon de l'épaule droite. Elle est atteinte de roséole, présente des plaques sur les amygdales, des plaques papulo-hypertrophiques de la

vulve et du pourtour de l'anüs ; accuse pendant quelques jours de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, un léger épistaxis ; on regarde ses urines et on trouve un précipité assez abondant d'albumine.

La malade, mise au régime lacté, voit ses troubles fonctionnels disparaître, et en quinze jours, le précipité d'albumine a disparu.

Elle rentre à l'hôpital le 15 janvier 1900 avec des signes très nets d'hystérie. On ne constate plus d'albumine. La syphilis était très atténuée.

Pas d'antécédents personnels.

L'observation nous a paru intéressante à rapporter à cause de la coïncidence de gale. On sait que dans certains cas la gale a pu être incriminée dans la production d'albuminurie.

En présence de lésions si manifestes de syphilis et si accusées, il nous paraît qu'ici cette dernière surtout était en cause.

---

## 2° FORMES MOYENNES

### OBSERVATION IX (Rénon).

Le 23 novembre 1898, je voyais avec M. Berruyer un jeune homme de 20 ans, atteint depuis le 15 septembre, de néphrite aiguë. Ce malade avait pris la syphilis au mois de juillet dernier et il était au mois de septembre en pleine efflorescence syphilitique, avec des plaques muqueuses du pharynx et de la roséole papulo-maculeuse disséminée sur tout le corps. C'est alors que le 14 septembre, il fait un bain de mer d'une durée d'une demi-heure. En sortant de l'eau il frissonnait, à la fin de la journée il n'urinait plus, dans la soirée, l'œdème se déclarait, et le lendemain matin, il était complètement bouffi et infiltré de partout. Malgré la gravité de son état, il se rendit dans les environs de Paris, le trajet fut très pénible. Pendant un mois, l'histoire du malade ne fut qu'une longue odyssée d'œdèmes, d'épistaxis, d'hématuries, de dyspnée et de symptômes urémiques variés. On pensa à une variété de chloro-anémie et on le soumit au régime des chlorotiques. M. Berruyer appelé, constata 6 gr. d'albumine par litre, et institua le régime lacté.

En novembre) l'état du malade s'était amélioré, il n'y avait plus eu d'hématuries, il ne persistait qu'un léger œdème des membres inférieurs et il restait encore 4 grammes d'albumine

dans l'urine. On constatait de plus quelques syphilidès cutanées sur le corps. On associa au régime lacté les pilules de Dupuytren.

Dans la suite, les vestiges de la syphilis secondaire disparurent. Les urines devinrent abondantes, de 1500 à 1800 gr. par jour. Le taux de l'albumine descend progressivement jusqu'à 1 gr.  $\frac{1}{4}$  sans cesser complètement. Depuis longtemps il n'y a plus de menace d'urémie ni même de troubles dus à l'insuffisance de la dépuratation urinaire.

L'albuminurie persistante rentre dans le groupe des albuminuries non brightiques que le professeur Dieulafoy a souvent constatées et qui, provoquées par une dissociation des actes morbides du rein, ne sont qu'une forme de diabète albumineux. Jamais chez ce jeune homme on n'a relevé de cause antérieure de néphrite, ni scarlatine, ni autre maladie infectieuse, ni intoxication.

#### OBSERVATION X (Renon)

Le 2 juin 1898, je vis arriver chez moi un homme de 38 ans, pâle, la figure bouffie, en proie à la plus violente anhélation. Je l'ausculte aussitôt et je trouve un œdème pulmonaire double, un bruit de galop intense. Il y a de l'œdème des membres inférieurs. Les urines contiennent de l'albumine. J'apprends alors que 2 jours auparavant, ce malade avait attendu pendant 2 heures sous la pluie un entrepreneur, et qu'il avait été très mouillé, il rentra chez lui en frissonnant, se coucha, et, depuis lors, ne cessa de respirer difficilement.

En poursuivant l'interrogatoire, il me fut facile de constater que ce n'était point là un phénomène nouveau, que depuis 3 ans cet homme était oppressé, qu'il éprouvait des céphalées fréquentes et qu'il avait eu une forte épistaxis en novembre 1897. On se trouvait donc en présence d'une poussée aiguë survenant au cours d'une néphrite chronique.

Quelle en était la cause ? Au mois de janvier il eut des accidents d'aphasie complexes consécutifs à une endartérite sylvienne droite, due à une syphilis contractée 10 ans auparavant, 3 ans avant son mariage.

De ce mariage naquirent quatre enfants. Les 2 derniers succombèrent. l'un à une méningite à l'âge de 14 ans, l'autre 8 jours après sa naissance.

Depuis 5 ans le malade avait des céphalalgies continuelles violentes contre lesquelles il appliquait sur la tête des compreses d'eau froide.

Après l'application de ventouses scarifiées, sur la région rénale, après s'être soumis au régime lacté absolu, et après avoir pris des pilules de protoiodure, l'albumine, les œdèmes, les céphalées, l'oppression avaient disparu.

Le 15 septembre dernier il fut repris d'accidents aigus de néphrite moins intenses que les précédents mais caractérisés encore par de l'œdème, de l'oppression, de l'albumine et des urines rares. Le tout était survenu à la suite d'un refroidissement. Tous ces syndromes disparurent en 8 jours par le lait et des pilules de protoiodure.

Le 9 novembre 1898, le malade fait une hémiplégié gauche qui datait de la veille, et qui s'était produite progressivement en quelques heures. La cause est une endartérite syphilitique de la sylvienne droite. Après des injections d'huile de Panas, et le traitement à l'iodure de potassium, le malade entra en bonne voie de guérison. Les urines examinées très régulièrement pendant 5 mois ont été abondantes, elles n'ont jamais renfermé d'albumine et on n'a pas constaté de signes d'insuffisance de la dépuratation urinaire.

## OBSERVATION XI

(Recueillie dans le service de M. le docteur Brocq,  
communiquée par M. Laubry, interne du service.)

La nommée Cha... Louise, âgée de 24 ans, entre à l'hôpital Broca, le 3 septembre 1900, salle Cullerier, lit n° 29.

Elle se plaint de pertes blanches, souffre en urinant depuis 15 jours, 8 jours plus tard, elle a vu survenir une ulcération à la fourchette, s'étendant de plus en plus.

A l'examen, on constate en effet la présence d'une ulcération à bords indurés siégeant au niveau de la fourchette, et ayant l'allure nette d'un chancre spécifique.

Ecoulement blennorrhagique avec métrite. Adénopathie inguinale double avec pléiade ganglionnaire, ganglion unique, volumineux surtout à droite.

La malade a le faciès pâle, anémié, maigrit depuis le commencement de sa maladie. Rien au cœur, rien aux poumons.

Les urines renferment des flots d'albumine.

*Traitement.* — Liqueur de Van Swieten (4 cuillerées à café, par jour), et régime lacté exclusif, repos au lit.

Le 5 septembre, la malade qui souffrait la veille d'une légère inappétence avec nausées sans vomissement, est prise, le soir, de frissons suivis de fièvre, température 39° 5 ; pouls rapide, faciès abattu et prostré, langue saburrale, rien à la gorge ; aucune localisation pulmonaire.

Au cœur, léger souffle au 2<sup>e</sup> espace intercostal gauche.

On diagnostique une grippe assez intense ; on suspend le traitement mercuriel, et on prescrit un purgatif léger, et de l'antipyrine.

Le 6 septembre, même état.

Le 7 septembre, en présence de l'état presque typhoïde de la malade, de ces symptômes généraux graves qui n'ont pas dimi-

nué (température 40°, pouls rapide, tendu, albuminurie intense sans œdème), on songe à la dothiéntérie.

Le 8 septembre, séro-diagnostic négatif.

Le diagnostic reste alors hésitant entre : 1° tuberculose aiguë, justifié par une légère dyspnée, une diminution du murmure vésiculaire à droite au sommet droit, et l'amaigrissement de la malade ; 2° Infection blennorrhagique à laquelle songe M. le docteur Veillon, remplaçant le docteur Brocq ; 3° typhose-syphilitique avec albuminurie, ces trois affections étant compliquées d'albuminurie. Afin d'éliminer cette dernière hypothèse, on réinstitue le traitement mercuriel intensif (injection quotidienne de cyanure de mercure, 1 centigramme), régime lacté, toniques, etc.

Le 10 septembre, défervescence assez marquée, la température qui s'était maintenue à 40°, descend à 38° 5.

Le 12 septembre, température normale ; la malade est sensiblement améliorée.

A partir de cette date, elle présenta comme particularité intéressante plusieurs poussées fébriles survenant à 2 jours d'intervalle, forme intermittente de fièvre syphilitique succédant à la forme continue.

Son albuminurie diminua mais se maintint à un taux assez élevé, 1 gr. à 1 gr. 1/2 par litre.

La malade ne sort de l'hôpital que le 21 avril 1901, complètement guérie de sa syphilis et de son albuminurie.

#### OBSERVATION XII (personnelle)

*Accidents syphilitiques secondaires. — Grossesse au 4<sup>me</sup> mois.*

*— Albuminurie assez considérable. — Œdème persistant.*

*— Pas d'accidents urémiques graves.*

La nommée L..., Marie, 23 ans, entre à l'hôpital Broca Pascal, le 2 février 1901, salle Cullerier, lit n° 20, pour œdème des membres inférieurs, augmentant le soir quand elle marche.

Cette malade a déjà été soignée dans le service, salle Natalis-Guyot, lit n° 44, pour albuminurie syphilitique, mais n'a pas voulu suivre le régime lacté et a quitté l'hôpital le lendemain de son entrée.

*Antécédents personnels* : N'a jamais été malade.

A contracté la syphilis, il y a 6 mois, considérable. En l'examinant, on constate un œdème des petites lèvres qui forment deux poches, lisses et transparentes, entre les cuisses.

Pas de bouffissure de la face, ni des paupières. En écartant les petites lèvres œdématisées, on constate les traces de syphilides papulo-érosives en voie de cicatrisation.

Syphilides opalines des amygdales.

Alopécie légère.

La malade est enceinte de cinq mois.

Rien aux poumons.

Au cœur, bruit de galop, assez marqué, sans arythmie.

Les urines sont rares (1 litre par jour), pâles, de densité diminuée, et renferment 4 grammes d'albumine par litre.

On diagnostique une néphrite épithéliale, subaiguë, dont l'éclosion a été favorisée peut-être par la grossesse et provoquée par l'infection syphilitique, car rien, ni dans l'examen ni dans l'interrogatoire de la malade, ne permet d'invoquer une autre cause.

*Traitement* : Régime lacté et frictions mercurielles et iodure de potassium (2 grammes). Les jours suivants l'état de la malade ne s'améliore pas au point de vue physique, car elle ne présente aucun trouble fonctionnel.

En dépit du régime et du traitement, l'œdème des petites lèvres persiste encore à la sortie de la malade, au bout de trois semaines.

Seul l'œdème des membres inférieurs est légèrement diminué.

OBSERVATION XIII (Gastou).

Le nommé D. Baptiste, boutonnier, âgé de 47 ans, est entré le 28 novembre 1893 dans le service du professeur Fournier pour un chancre géant de l'abdomen, diagnostiqué par M. le docteur Brocq qui a envoyé le malade.

Ce chancre a débuté il y a 4 mois dans les conditions suivantes : le malade couvert de phthiriasse couchait dans un hôtel meublé et avait une légère ulcération provoquée par le grattage d'une vésico-pustule.

Cette exulcération située environ à 2 cent. au-dessus et à gauche de l'ombilic, s'enflamme et bientôt à sa place se développa une ulcération.

Cette ulcération à l'entrée du malade dans le service, offrait une forme elliptique de 6 centimètres de long sur 4 de large. Le fond était constitué par des bourgeons charnus, de couleur framboisée et saignant au moindre contact ; les bords étaient surélevés, durs, à pic, et l'ulcération prise entre 2 doigts donnait une sensation manifeste d'induration.

Les ganglions axillaires surtout à gauche étaient indurés et présentaient manifestement les caractères d'une adénite syphilitique.

Au premier abord ce chancre à cause de ses dimensions considérables pouvait conduire à une erreur de diagnostic, mais la présence de l'adénite révélatrice bientôt suivie de l'apparition d'une roséole, vint montrer qu'il s'agissait bien d'un chancre syphilitique.

En même temps que la roséole apparaissait, les urines devenaient troubles, rouges et rares. Sans autres phénomènes une anasarque généralisée se montra du jour au lendemain ne respectant que la face et produisant en même temps qu'une légère ascite un épanchement séreux peu abondant dans les 2 plevres. Les urines examinées contenaient 1 gr. 57 d'albumine par litre

et quelques rares cylindres granuleux. Pas de céphalalgie, pas de troubles digestifs ou respiratoires.

L'œdème était surtout accentué aux jambes. Pas de congestion ni d'œdème pulmonaire. Pas de bruit de galop, ni de petits signes du brigisme. Rien au foie. Il était hors de doute qu'on se trouvait en présence d'une maladie rénale survenue brusquement.

La syphilis était-elle causée de cette maladie.

Le malade n'avait jamais eu d'accidents analogues. Rien à signaler dans sa jeunesse si ce n'est une orchite blennorrhagique et une attaque légère de rhumatisme. Il eut l'influenza il y a 4 ans et s'en remit parfaitement. Il a toujours bu beaucoup d'alcool sans présenter actuellement aucune trace d'éthylisme. Soigné à l'Hôtel-Dieu à la consultation externe, on lui mit du Vigo sur son chancre, 15 jours après cette application de Vigo il eut des urines rares et troubles, sans autres phénomènes, mais cela ne dura pas. Depuis qu'il est à Saint-Louis, il a pris pendant 4 à 5 jours des pilules de Dupuytren. La veille du jour où il s'est mis à enfler, il avait pris un bain tiède.

Les antécédents héréditaires de ce malade ne présentent pas grand intérêt. Son père est mort d'apoplexie à 67 ans, sa mère à 70 ans et a eu 5 enfants dont le malade est le 1<sup>er</sup>. le 2<sup>e</sup> est mort de convulsions à 3 ans, le 4<sup>e</sup> a vécu 3 semaines, le 3<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> vivent et se portent bien.

### 3° FORMES GRAVES

#### OBSERVATION XIV (Mauriac).

*Syphilis à début grave, périostose frontale au 30<sup>e</sup> jour du chancre, avant la roséole; plus tard crises de douleurs musculaires thoraco-épigastriques. Albuminurie et anasarque au 5<sup>e</sup> mois de la syphilis. Sévérité et complexité des accidents de la maladie de Bright pendant 9 mois. Imminence de mort. Guérison. Persistance de l'albumine dans les urines au bout de quatre ans et demi.*

M. A..., menuisier, entre le 19 décembre 1876 dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 7, n° 2, s'était toujours bien porté et n'avait jamais eu aucune maladie constitutionnelle ou acquise. Il voyait la même femme depuis six mois. 4 ou 5 semaines après l'avoir quittée, et sans avoir eu commerce avec aucune autre, il lui survint sur la face inférieure du gland, de chaque côté, des boutons qui ne tardèrent pas à s'éroder et à se couvrir de croûtes. Aucun traitement local ni général.

A son entrée je constatai aux lieux sus-indiqués deux énormes chancres infectants ulcéreux à fond pultacé mesurant deux centimètres de diamètre chacun et encore en pleine activité. Adénopathie très volumineuse et spécifique. Roséole érythémateuse au début (49<sup>e</sup> jour des chancres).

Dans les premiers jours de décembre (30<sup>e</sup> jour) avant d'avoir remarqué sur la peau aucune éruption, le malade avait éprouvé une violente douleur de tête, très circonscrite et limitée à un point unique au sommet du crâne. Sur ce point il avait constaté dès cette époque, l'existence d'une bosse douloureuse à la pression. La céphalalgie était plus intense la nuit que le jour; elle se généralisa dans tout le crâne le 15 décembre, tout en restant plus vive au niveau de la tumeur.

Le 23 décembre (50<sup>e</sup> jour de la syphilis), je constatai l'état suivant. Santé générale très bonne. Pas de fièvre (il n'y en avait

pas eu antérieurement). Chancres infectants phagédéniques. Roséole pâle, érythémateuse et confluyente.

Sur le sommet du crâne à trois centimètres de la ligne médiane, tumeur du diamètre d'une pièce de 1 franc, saillante de 1 centimètre  $1/2$  non adhérente au cuir chevelu, un peu épaissi à son niveau, mais sans changement de couleur, mobile sur le crâne très douloureuse à la pression et spontanément surtout la nuit, dure à son centre, un peu pâteuse sur ses bords. Adénopathie cervicale très prononcée. Quelques jours après son entrée, ce malade fut pris pendant la nuit de violentes douleurs très singulières. Elles occupaient le segment supérieur du muscle grand droit de l'abdomen à gauche, au niveau de l'insertion des fibres musculaires. Elles étaient survenues tout à coup à six heures du soir. Grande anxiété, dyspnée violente, qui força le malade à sauter à bas de son lit et à marcher. Même douleur symétrique, mais moins forte à droite. Insomnie. La crise ne se calma que vers deux heures du matin. Elle se reproduisit les nuits suivantes ; je la combattis avec des topiques calmants et surtout avec de l'iodure de potassium. Il n'existait aucun changement appréciable sur les points où les douleurs thoraco-épigastriques avaient leur principal foyer, c'est-à-dire à deux centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes.

Les crises durèrent une douzaine de jours, environ. Le 15 janvier 1876 (75<sup>e</sup> jour de la syphilis), un mieux notable se produisit ; les chancres phagédéniques commencèrent à se cicatriser à vue d'œil ; la tumeur du crâne diminua et fut moins douloureuse. Les douleurs thoraco-épigastriques avaient cessé depuis 15 jours. Angine très intense, fissures sur le bord libre du voile, plaques ulcérées sur les amygdales. Il guérit peu à peu de cette première poussée si violente, qui était en rapport avec le phagédénisme des chancres infectants.

Je le soumis à un traitement mixte énergique. Mais je ne parvins pas à prévenir une deuxième poussée d'accidents beaucoup plus graves que les premiers.

En effet, dans les premiers jours d'avril, la peau se couvrit

d'une syphilide papuleuse confluente et le 28 du même mois (cinquième mois révolu de la syphilis) il survint une anasarque. L'œdème débuta par la face, le thorax, et n'envahit que consécutivement les extrémités inférieures. Pas de frissons, ni de fièvre, aucun trouble de la santé générale. Le malade travaillait dans un atelier fortement chauffé. La veille du début de l'anasarque, il avait subi une averse, et pris froid.

Il entra le 2 mai dans le service du docteur Horteloup, qui nota toutes les circonstances de la longue néphropathie dont je vais donner le résumé.

Le 3 mai (septième jour de l'anasarque), œdème généralisé très considérable. Urines diminuées de quantité, très rouges, contenant beaucoup d'albumine, des cellules rénales altérées, des globules rouges et des tubes granulo-graisseux. Épanchement pleural énorme à droite faible, à gauche. Un peu d'ascite. Anxiété respiratoire.

On soumit le malade à un traitement ioduré. Aucun changement ne se produisit jusqu'au 9 mai (onzième jour de l'anasarque). Après, le malade tomba dans un état d'assouplissement continu, mais peu profond. Nuits un peu agitées. Jusqu'au 8 juin, il ne survint aucun phénomène nouveau : l'anasarque, les épanchements pleuraux restaient à peu près stationnaires. L'assouplissement avait diminué un peu. À partir de cette époque, l'acuité visuelle s'affaiblit considérablement et ne revint qu'au bout de 15 jours.

Malgré le traitement spécifique, l'état du malade ne s'améliorait pas. Le 15 juillet (80<sup>e</sup> jour de l'anasarque), il était encore obligé de garder le lit. Infiltration très grande de l'abdomen et des parties génitales, œdème dur des membres inférieurs avec larges plaques érythémateuses, saillantes, mamelonnées dans la région fessière, et à la partie supérieure des cuisses. Ascite très abondante. Double épanchement pleural, oppression très prononcée; râles muqueux des deux côtés; rien au cœur; urines toujours très albumineuses.

Du 15 juillet au 14 août, la situation devint de plus en plus

grave, les urines se chargèrent de plus en plus d'albumine, et leur quantité tomba progressivement à 800, 700, 500 et 300 grammes par jour. Les accidents du côté du thorax s'accroissaient : augmentation de l'anasarque et de l'épanchement thoracique dans les 2 plèvres ; orthopnée, insomnie complète. Plusieurs fois, crises terribles de suffocation, imminence de mort. Délabrement de la santé générale. Très grand amaigrissement.

Dans la deuxième moitié d'août, il y eut un peu d'amélioration, puis une rechute en septembre. A partir de cette époque, ce fut du côté de l'abdomen que l'aggravation se produisit.

L'ascite augmenta dans des proportions telles qu'on fut obligé de pratiquer la paracentèse, le 12 octobre (5<sup>e</sup> mois 1/2 de l'albuminurie, 10<sup>e</sup> mois 1/2 de la syphilis). On retira 14 litres de liquide. Les jours suivants, amélioration générale ; les épanchements pleuraux diminuèrent ; les urines devinrent moins rares.

Le 8 novembre, on fit une nouvelle paracentèse et on retira 6 litres de liquide. Le mieux continua, mais fut lent et entrecoupé par de petites rechutes sans importance.

En décembre, il n'y avait presque plus d'épanchement dans les plèvres, et la respiration était facile ; l'anasarque avait beaucoup diminué, les urines étaient beaucoup plus abondantes et bien moins albumineuses. Le 8 janvier 1878 (9<sup>e</sup> mois 1/2 de la néphropathie, 14<sup>e</sup> 1/2 de la syphilis), bien que l'anasarque fût un peu revenue, tout danger avait disparu et la guérison paraissait prochaine et assurée. Il y avait cependant une forte proportion d'albumine dans les urines.

Ce malade resta encore à l'hôpital du Midi jusqu'au mois d'avril 1878. Après un séjour d'une année, il en sortit guéri de son anasarque et de ses épanchements pleuraux et abdominaux qui avaient à un moment compromis son existence. Il ne lui restait plus aucune manifestation syphilitique. Mais il avait de l'albumine dans les urines.

Il était à la 2<sup>e</sup> année 1/2 de sa syphilis et environ au 12<sup>e</sup> mois

de l'anarsaque et de l'albuminurie. Je revis M. A... le 5 juillet 1880, 4 ans et 8 mois après le début de sa syphilis et environ au 12<sup>e</sup> mois de l'anarsaque et de l'albuminurie...

#### OBSERVATION XV (Wagner).

Un homme âgé de 39 ans, était en pleine roséole syphilitique généralisée, lorsque sans cause appréciable, ses urines diminuèrent de quantité et devinrent rougeâtres, sédimenteuses et albuminuriques. On y découvrait des cylindres hyalins, des cellules épithéliales, des globules rouges, des cellules graisseuses. Iritis. Douleurs articulaires. Fièvre. Traitement mercuriel suivi bientôt d'une salivation abondante (2<sup>e</sup> mois de la syphilis).

Pendant trois mois l'état général fut mauvais puis il s'améliora un peu, mais la poitrine était malade. Un an après le début de l'albuminurie, symptômes d'induration au sommet du poumon gauche. Pas d'œdème (il n'y en avait jamais eu). Urines toujours sanguinolentes et albuminuriques, enrouement, infiltration intense de la corde vocale supérieure gauche, etc., etc. Ce malade mourut quinze mois environ après l'apparition de la roséole syphilitique. Il avait eu des chancres quelque temps auparavant. Il en avait contracté aussi à l'âge de 18 ans.

*Autopsie.* — Phtisie pulmonaire. Ulcérations laryngées probablement syphilitiques. Reins de volume normal avec de très fines granulations à leur surface, plus dures que le reste de l'organe ; substance corticale infiltrée de petites cellules, canalicules étroits et atrophies. Glomérules à capsule épaissie, contenant entre leur capsule et leurs capillaires une grande quantité de cellules épithéliales et quelques globules rouges, blancs ou de cellules épithéliales graisseuses. Quoique le stroma soit normal, on ne trouve pas ou presque pas de glomérules intacts. La tunique interne des artères rénales de moyen calibre est hypertrophiée. Cœur normal.

OBSERVATION XVI (Darier).

Le nommé M..., âgé de 49 ans. serrurier, entre le 19 février 1897 à la salle Saint-Louis n° 12. Les antécédents de famille du malade n'offrent rien de bien intéressant ; sa mère serait morte de saturnisme ainsi qu'un frère ; son père a succombé à une angine diphthérique, sa femme est morte tuberculeuse ainsi qu'un fils.

M..., a toujours été parfaitement portant jusqu'à l'âge de 20 ans, où il a contracté une fièvre typhoïde dont il a guéri sans incident ; il y a une dizaine d'années, légère attaque de sciatique. Il y a 7 mois, le malade a eu un chancre du sillon balano-préputial accompagné d'adénopathie inguinale ; soignée par un pharmacien. cette lésion guérit en 20 jours environ,

Notons encore que depuis 3 mois, le malade qui travaillait à l'édification d'une maison, a beaucoup souffert des rigueurs de l'hiver, exposé au froid et à l'humidité.

Enfin, l'alcoolisme est indubitable (2 à 3 litres de vin par jour, plusieurs absinthes, 2 ou 3 petits verres).

Il y a 3 mois, M... a commencé à ressentir des douleurs lombaires continues, l'empêchant de se baisser, de travailler ; pas de frissons, pas de fièvre, pas de vomissements à ce moment ; les urines étaient seulement plus colorées que d'habitude, mais non diminuées : en même temps, lassitude, les jambes lui semblent, à son dire, ankylosées. Il y a 3 semaines, un matin, le malade constate que sa verge est enflée ; l'œdème augmente dans la journée par le travail, diminue la nuit pour reparaitre le lendemain ; puis, les jours suivants, il gagne successivement le scrotum, les membres inférieurs. En même temps, et surtout depuis 8 jours, se produit une dyspnée de plus en plus intense qui finit par obliger le malade à quitter son travail. A aucun moment, il n'aurait souffert de céphalalgie.

Actuellement, nous sommes en présence d'un homme assez vigoureux encore, bien musclé, mais très anémié, le visage est

pâle, les muqueuses décolorées, la peau sèche, terreuse. Il présente des signes de syphilis : syphilides buccales, linguales, abondantes, érythème pharyngé.

Œdème généralisé, œdème des paupières, bouffissure de la face, œdème du tronc, des membres inférieurs et du scrotum.

Les urines des 24 heures atteignent 2 litres 1/2, elles sont un peu troubles, et renferment 11 gr. 55 d'albumine par litre, pas de troubles de la miction, pas de pollakiurie.

Pas d'hypertrophie manifeste du cœur, pas d'abaissement de la pointe ; à l'auscultation, dédoublement net du temps ; pas de palpitations, mais sent une sensation de gêne, de poids à la région précordiale.

Pas d'hémorragies, ni épistaxis, ni purpura.

Artère temporale un peu dure et flexueuse, pouls radial normal, sensation de doigt mort parfois.

Matité thoracique aux deux bases avec diminution très marquée des vibrations vocales ; à ce niveau affaiblissement très marqué du murmure vésiculaire ; pas de souffle ni d'égophonie ; quelques râles sous-crépitaux disséminés des 2 côtés en avant. La respiration est courte et de temps en temps, le malade a des accès de dyspnée intermittente, intense, qui l'obligent à quitter son lit.

Pas de troubles digestifs ; appétit encore, diarrhée légère.

Bourdonnements d'oreille ; pas de troubles visuels, pas de fièvre ; céphalalgie continue, légère insomnie.

Le malade est soumis au régime lacté absolu ; 4 gr. de frictions mercurielles et d'iodure de potassium.

22 février. L'état est stationnaire, le malade qui boit le lait avec répugnance, se plaint de l'augmentation de sa diarrhée ; mais la céphalalgie, la dyspnée se sont amendées ; l'œdème ne s'est pas modifié non plus que les signes d'épanchement thoracique, prédominants à droite.

Le 26. Légère diminution de l'œdème ; pas d'ascite, dyspnée disparue, le malade tousse un peu, la matité augmente dans le thorax, et en arrière à droite, elle atteint l'épine de l'omoplate ;

pas de skodisme sous-claviculaire. La diarrhée continue (5 à 6 selles par jour). La quantité des urines par 24 heures, est notablement abaissée ces jours-ci; albumine toujours à flots.

1<sup>er</sup> mars. Persistance d'une diarrhée intense, pas de modification de l'état.

Le 5. En présence de l'intensité de la diarrhée qui fatigue beaucoup le malade, M. Fournier réduit la dose quotidienne de lait à  $\frac{3}{4}$  de litre, et permet au malade de manger des côtelettes sans pain. L'œdème a notablement diminué, mais l'hydrothorax augmente; pas de signe d'hydropéricarde.

Le 7. La diarrhée a beaucoup diminué en même temps que le taux des urines s'élevait notablement. L'œdème ne bouge plus, et l'on note aujourd'hui un peu d'ascite.

Forté céphalée, dyspnée continue avec exacerbations; matité absolue avec souffle d'égophonie dans la moitié droite du thorax (application matin et soir de ventouses sèches).

Le 8. La malade souffre d'une dyspnée intense, il a passé la nuit en bas de son lit, dans un fauteuil.

Les bruits du cœur sont sourds, le bruit de galop est peu net.

En présence des signes d'épanchement thoracique croissant, on pratique une ponction à droite qui donne issue à 1 litre  $\frac{1}{3}$  d'un liquide clair, citrin; le malade se trouve un peu soulagé par la ponction.

Le 9. La dyspnée s'est tout à fait amendée et ce matin le malade est plus gai. On constate toujours de la matité aux deux bases, mais on n'entend plus de souffle à droite.

Un litre d'urine en 24 heures, l'albumine varie de 5 à 8 gr. par litre. Le bruit de galop est des plus nets aujourd'hui.

Le 10. Insomnie persistante; on prescrit 2 grammes de chloral à prendre le soir. L'examen du thorax montre à gauche de la matité dans le tiers inférieur avec affaiblissement de la respiration, abolition des vibrations et égophonie; à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, on entend du souffle après avoir fait tousser le malade; à droite, la matité

occupe la moitié inférieure ; au même niveau, abolition de la respiration, des vibrations, égophonie, souffle à la limite supérieure de la matité ; dans la moitié supérieure du thorax à droite, percussion normale, respiration forte. En avant, la respiration est forte, supplémentaire.

Bruit de galop toujours très net.

L'œdème a de nouveau peu diminué.

Cessation des frictions, l'iode est réduit à 2 grammes.

Le 11. Le malade se trouve beaucoup mieux, il est descendu un peu au jardin ; l'œdème tend à diminuer, mais les troubles dyspnéiques ont disparu. Le régime lacté partiel est maintenu, mais le malade prend le lait avec répugnance.

Le 15. L'hydrotorax semble augmenter de nouveau et la dyspnée reparaît par accès.

Urines : 1200 grammes par 25 heures. Albuminurie : 4 à 8 grammes.

Le 20. L'œdème subit une recrudescence marquée aux membres inférieurs et au scrotum, malgré nos avis répétés, le malade est surpris plusieurs fois mangeant du pain.

Le 26. Dyspnée sérieuse, le malade reste nuit et jour debout ou assis dans un fauteuil ; signes d'épanchement dans les deux plèvres, prédominant à droite.

Bruits du cœur très sourds ; un peu affaiblis, mais réguliers.

Le 27. Le malade a eu dans la nuit une crise de dyspnée asthmatique, intense et prolongée.

Le 29. Le malade, dont l'état n'a pas changé, se plaint de bourdonnements d'oreilles et de vertiges ; debout il est obligé de s'appuyer contre les murs pour ne pas tomber.

Le 2 avril. Nouvelle ponction de 1200 grammes de liquide citrin, dans la plèvre droite.

Le 3. Le malade est extrêmement faible, il ne peut quitter son lit. La dyspnée s'est amendée.

Injections de caféine et d'éther 2 fois par jour.

Le 4. Amélioration manifeste ; le malade est levé et se promène tranquillement dans la salle ; la dyspnée paroxystique a disparu,

malgré la persistance des signes physiques au deux bases du thorax.

M. Fournier prescrit une injection de biiodure de mercure.

Le 10. Reprise de la dyspnée depuis 2 jours.

Le 11. Le malade se plaint d'une douleur lombaire assez vive. Suppression des injections de biiodure ; continuation de la caféine, mais en potion (0 gr. 50 par jour).

Le 12. Etat meilleur, le malade mange de bon appétit.

Le 13. Etat stationnaire de l'œdème, un peu de dyspnée par instants, l'hydrothorax est en voie d'augmentation.

Battements cardiaques réguliers, assez forts, bruit de galop très net.

Le 20. Nouvelle amélioration de l'état général et de la dyspnée.

Dans les 15 jours qui suivent, l'amélioration persiste ; la dyspnée ne revient guère que la nuit ; l'œdème a un peu diminué, pas de modifications du côté du cœur ni des urines.

10 mai. Augmentation nouvelle de la dyspnée, la matité remonte à droite jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Inhalations d'oxygène, surtout la nuit.

Le 18. Le malade n'éprouve pas de soulagement. Le cœur est tout à fait arythmique désordonné, on ne distingue plus le bruit de galop, dyspnée constante, toux quinteuse fatigante.

Suspension provisoire de la caféine, le malade ne prend plus aucun médicament à l'intérieur.

Le 30. Le malade se sentant mieux depuis 4 à 5 jours, a voulu travailler un peu, il a été pris cette nuit d'autres violents accès de dyspnée. Nous le voyons le matin anhéant, pâle, couvert de sueurs.

Cœur très irrégulier, battements inégaux, faux pas. Pouls inégal, irrégulier.

Accalmie légère les jours suivants par le repos, la caféine.

2 juin. On constate que les pupilles sont inégales (la droite est un peu plus large), elles ne réagissent que très lentement et très faiblement à la lumière. Pas de paralysie oculaire, léger

affaiblissement de la vue, parfois sensation de mouches volantes dans le champ visuel.

Pas de phénomènes paralytiques du côté des membres ni des réservoirs.

Réflexes rotuliens affaiblis.

Pas de délire.

Le 5. Etat stationnaire avec des intermittences d'aggravation et d'accalmie de la dyspnée.

Le 9. Accès nocturne, violent de dyspnée. L'interne de garde fait une ponction : 2 litres de liquide clair.

Ce matin le malade n'est pas soulagé, il respire difficilement, la face est pâle, les lèvres cyanosées.

Anasarque généralisé, œdème considérable de la face, des paupières, des lèvres.

Cœur complètement arythmique.

Le malade succombe en asystolie à 7 heures du soir le 10 juin.

#### OBSERVATION XVII (Hudelo)

Le nommé J... Nicolas, âgé de 34 ans, terrassier, entre le 18 février 1893 dans le service du professeur Fournier (salle Saint-Louis, n° 30).

Les antécédents héréditaires du malade ne présentent rien à noter. Les antécédents personnels se réduisent à ceci : une typhoïde dans l'enfance, une bronchite à 17 ans. Pas de maladie aiguë récente, pas de rhumatismes, pas de paludisme ; éthyliste léger, le malade raconta qu'il travaille souvent en tranchée, dans des lieux humides, sous terre.

Il y a 5 jours le malade remarque pour la première fois qu'il a les pieds enflés ; depuis l'œdème a envahi rapidement les deux membres inférieurs et le scrotum ; de plus, le malade ressent une oppression assez vive.

A l'examen on constate tout d'abord les symptômes d'une syphilis récente : sur le trou et les membres on voit une érup-

tion de papules d'un rouge brun, saillantes, quelques, unes entourées à leur périphérie d'une collerette épidermique; sur certains points l'éruption se fusionne en placards surélevés, squameux, psoriasiformes (membres inférieurs, plis du jarret et dos); sur le gland quelques papules non érosives, aux deux commissures buccales, érosions fissuraires grisâtres.

Il y a un mois il aurait eu une éruption plus discrète de quelques taches sur le tronc (roséole ?). Quant au chancre, il n'a pas été noté par le malade, mais il reste encore comme vestige de cet accident un très petit noyau dur à la face inférieure du gland dans l'épaisseur du fourreau de la verge et dans les deux aines surtout à droite une polyadénopathie dure, indolente, typique. Il est vraisemblablement au quatrième ou au cinquième mois de son infection.

Il présente un œdème considérable des deux membres inférieurs depuis leur extrémité jusqu'à leur racine, œdème blanc peu dur, indolent; le scrotum est fortement œdématié et la tuméfaction atteint la paroi abdominale dans sa partie inférieure.

Cet œdème s'est développé en cinq jours, brusquement, sans douleurs lombaires, sans refroidissement bien net. Le malade n'a jamais présenté d'œdème antérieurement.

Pas d'ascite appréciable.

Depuis plusieurs semaines le malade éprouvait une céphalalgie continuelle qui s'est accrue depuis l'apparition de l'œdème; quelques épistaxis également, depuis quelque temps.

Il se plaint depuis quelques jours aussi d'une dyspnée assez marquée, la respiration est fréquente, courte.

L'appétit est très diminué depuis 4 ou 5 jours. Pas de nausées, ni vomissements, ni diarrhée.

Les urines sont un peu troubles, couleur bouillon. Albumine en quantité. Ni pollakiurie, ni polyurie.

Le cœur est gros, la pointe est abaissée, les bruits sont nets. Bruit de galop typique. Pas de bruit de souffle.

Le poulx est plein, régulier, 90 pulsations.

Dans les deux poumons râles bronchitiques disséminés. Sub-

matité en arrière aux deux bases, sur une hauteur de trois travers de doigt. Respiration y est affaiblie, pas de souffle, quelques râles sous-crépitanants à la base gauche.

Expectoration muqueuse non collante.

*Traitement*, régime lacté, ventouses sèches.

19 février. Malade a très mal dormi. Il est resté assis sur son lit une partie de la nuit. Il est pâle sans œdème de la face ni des paupières.

20. Oppression très augmentée, sommeil nul. Matité aux deux bases en arrière. Râles sous-crépitanants abondants, et fins à gauche.

L'expectoration est restée claire, muqueuse, non adhérente, mais elle est striée de filets de sang assez abondants.

21. Insomnie persistante, dyspnée continue. L'œdème persiste et aurait plutôt augmenté. Les urines sont aujourd'hui colorées, un peu rougeâtres, sans être hématiques, elles laissent au fond du vase par le repos un abondant dépôt floconneux. Les urines des 24 heures donnent les résultats suivants : Volume 1200 gr., densité 1013, réaction acide, urée 30 gr. 50. albumine 3 gr. 66.

Dyspnée un peu amendée. La toux est fréquente, pénible, quinteuse, l'expectoration est assez abondante, muqueuse. L'œdème a envahi tout le fourreau de la verge, la céphalée ne se calme pas. Pas de vomissements ni diarrhée. Râles sous-crépitanants fins, sans souffle à la base du poumon droit en arrière. Matité deux bases. Les urines sont troubles, colorées, déposant abondamment (volume 1900 gr., densité 1012 gr., urée 38 gr. 7, albumine 11 gr. 02). Darier trouve dans le dépôt des globules rouges abondants des cylindres de nature très variée (cylindres hématiques, muqueux, épithéliaux et granuleux) ; les cylindres hyalins, les leucocytes, les cristaux sont rares.

23. Etat général aggravé depuis hier soir. Dyspnée extrême obligeant le malade à passer sa nuit dans un fauteuil. A l'examen il est en orthopnée, inspiration énergique, expiration

pénible, un peu sifflante. Pas de tirage, pas de respiration de Schème Stokes.

La toux est quinteuse, fatigante. Pas de vomissements, un peu de diarrhée dans la nuit, soif vive, langue saburrale, humide. La céphalalgie a à peu près disparu.

L'expectoration est assez abondante, spumeuse, colorée en jaune brun, un peu visqueuse et adhérente.

Matité complète dans toute la moitié inférieure du poumon droit. A gauche, à la base, la matité est moins complète. A la base droite, souffle à timbre relativement doux, ne se prolongeant pas du côté opposé et mêlé à des râles sous-crépitaux fins, presque crépitaux. A la base gauche, râles sous-crépitaux nombreux. Dans le reste de la poitrine râles sibilants abondants.

La matité péricardique est considérablement accrue. Bruit de galop toujours très net. Pouls petit, faible, mais régulier, 140 pulsations. Le malade cyanosé, surtout au niveau des lèvres, des mains qui sont froides, couvert de sueurs, est soumis à des injections de caféine avec des inhalations d'oxygène. Ventouses répétées, cataplasmes sinapisés, suppression de l'iode et des frictions.

Urine : Volume 800 gr. Densité 1015, Urée 20 gr. 64, Albumine 4 gr. 80.

Le 24. Amélioration marquée de la dyspnée, 50 respirations, les lèvres et les mains sont moins cyanosées, mais le malade n'a pas dormi la nuit, et est encore couvert de sueurs.

L'expectoration reste un peu visqueuse, ambrée de couleur. Le souffle n'est plus entendu à la base droite en arrière. Mais on entend aujourd'hui, à la même base, en avant, du souffle doux, des râles sous-crépitaux fins en foyer, la matité est complète à ce niveau. En arrière la matité persiste des deux côtés dans plus de la moitié de la hauteur du thorax. Les bruits cardiaques deviennent plus sourds. La matité cardiaque est accrue verticalement et transversalement. Bruit de galop toujours net.

Pouls à peine perceptible, irrégulier, 100 pulsations environ. L'œdème est stationnaire ; la diarrhée a disparu.

Urines : Volume 1 litre 100 gr. Densité 1014. Urée 33 gr. 33. Albumine 8 gr. 14.

Le 25. L'état général s'améliore légèrement. Respiration 48. Pouls 100, petit, mais régulier.

Expectoration un peu aérée, non colorée, très peu collante. Râles sibilants dans la partie supérieure des deux poumons. Large foyer de râles sous-crépitanants fins dans toute la moitié inférieure du poumon droit, surtout à la base.

Le malade est toujours apyrétique, 36°4 le soir, 36°2 le matin.

Œdème est stationnaire.

Amélioration persistante, respiration 36, pouls régulier, plus ample ; 102 pulsations. Température 36°5.

Le souffle a disparu dans le poumon droit, les râles fins ont diminué, et font place à de gros râles humides ou sibilants, mais la matité persiste des deux côtés aux bases.

Les urines sont claires, et ont atteint, dans les 24 heures, 3 litres.

Le 27. Oppression très modérée. Pouls ample, 100 pulsations. Température 37°2 hier soir, 37° ce matin. Le malade a rendu dans les 24 heures 4 litres d'urine claire.

Suppression de la caféine. Régime lacté. Ventouses.

Le 28. Etat stationnaire. Respiration 36, pouls 120, température 37°2 et 37°.

Malgré la polyurie qui se maintient (3 litres 500 dans les dernières 24 heures avec 41 gr. d'urée), l'œdème a peu diminué. L'expectoration est peu abondante, moins adhérente. On reprend les frictions mercurielles à 1 gramme.

Le 1<sup>er</sup> mars. Même état. Urines, volume 2 litres 300. Densité 10,10. Urée 62 gr. 10, albumine 10 gr. 80.

Le 2. La dyspnée a repris depuis hier soir. Insomnie complète, respiration 51, pouls petit 120. L'expectoration est redevenue collante, elle est absolument sanglante, le sang est mêlé aux

mucosités ; il est d'un rouge assez vif. Pas de nouveau foyer de souffle, mais râles nombreux disséminés partout. L'œdème a un peu augmenté, il envahit le bras droit.

Les urines sont retombées à 750 gr., elles sont de nouveau colorées, troubles. Densité 1012, urée 22 gr. 72, albumine 41 gr. 325. Température 37°5 hier soir, 37°6 ce matin.

Le 3. Persistance de la dyspnée, des crachats hémoptoïques.

Température 37°8. On note, à gauche et en arrière, un petit foyer légèrement soufflant, vers la partie moyenne du poumon. Matité absolue, persistante aux 2 bases, jusqu'à la partie moyenne, avec disparition presque absolue du murmure vésiculaire.

Matité péricardique très augmentée, bruits cardiaques sourds. Urines sont troubles, un peu rougeâtres (17 gr. 29 d'urée; 12 gr. 72 d'albumine).

On reprend la caféine, l'oxygène, cessation des frictions. Léger subdélirium nocturne. Respiration superficielle fréquente, 64 ; pouls petit, régulier, 100. Expectoration sanglante.

Température 37°7 hier soir, 36°4 ce matin. Le malade tombe dans la journée dans un état demi-comateux et succombe à une heure du matin.

Il a donc présenté les signes évidents d'un mal de Bright au cours d'une syphilis secondaire récente, compliquée d'accidents d'apoplexie pulmonaire à foyers multiples, avec épanchement pleural et péricardique.

*Autopsie.* — Plèvres lisses, unies sans fausses membranes sauf à droite, au niveau du cul-de sac costo-diaphragmatique, où l'on trouve des fausses membranes fibrineuses, jaunâtres, molles. Liquide séreux, louche dans les deux plèvres.

*Poumon gauche.* Infarctus nombreux, dont un à l'angle antéro-inférieur du lobe inférieur, du volume d'une grosse noix. En dehors de ces noyaux le parenchyme est souple, crépitant.

*Poumon droit.* Epaissement marqué de la plèvre viscérale

avec fausses membranes molles, adhérentes, surtout au niveau du lobe inférieur ; à la moitié inférieure du lobe inférieur énorme infarctus, ici et là, divers petits infarctus.

Pas de caillots, ni d'embolies dans les branches principales ou secondaires de l'artère pulmonaire.

*Péricarde.* Liquide clair, citrin. Sur le feuillet viscéral vers la base quelques épaissements végétants avec fausses membranes.

*Cœur.* Poids 780 gr. Cœur très gros, plus dilaté qu'hypertrophié. Dilatation porte sur le ventricule droit et sur les deux oreillettes.

Dans le ventricule droit, végétations granuleuses de Laennec.

*Foie.* Poids 2.150 gr., foie muscade.

*Rate,* 280 gr.

*Rein gauche.* 200 gr. La surface est absolument lisse et la capsule se détache très facilement, sur la coupe la substance corticale est un peu épaissie, un peu pâle, mais sans coloration blanchâtre nette ; les pyramides de Malpighi semblent normales.

*Rein droit,* 230 gr., lisse, uni, se décortique bien sauf vers son sommet où l'on remarque en deux ou trois points des dépressions cicatricielles au niveau desquelles le rein commence à se scléroser. En ces points la capsule était adhérente. Sur la face antérieure dans sa moitié supérieure, on voit des îlots plus ou moins irréguliers, d'une coloration jaune, durs, entourés d'une zone injectée presque ecchymotique ; sur les coupes, on voit ces îlots pénétrer en coin dans la substance corticale jusqu'à la base des pyramides de Malpighi, ils sont jaunes, lisses, durs, entourés d'une bande très congestionnée : ce sont des infarctus rénaux.

Le reste du parenchyme est pâle, la substance corticale est très légèrement épaissie, les colonnes de Bertin surtout sont tuméfiées, saillantes sur la coupe, leur surface est granuleuse et rappelle la chair d'anguille ; les pyramides de Malpighi sont nettes, mais peu colorées.

Un peu d'ascite.

Examen histologique publié par Darier dans les *Annales de Dermatologie*.

A un fort objectif, on remarque qu'il y a des lésions parenchymateuses importantes et des lésions interstitielles très peu marquées.

Sur les coupes, après l'action de l'acide osmique, on voit qu'il existe dans chaque lobule du rein un certain nombre de tubes urinifères dont l'épithélium est en état de dégénérescence avancée, les tubes très altérés sont groupés par 2 ou par 3, quelquefois, cinq, six. Leur épithélium est infiltré de globules de graisse, de grosseur inégale, souvent plus abondante dans la partie basale des cellules.

Parfois même les cellules dont le noyau n'est plus reconnaissable, qui n'ont plus de limite nette, sont complètement transformées en amas de granulations graisseuses ou protéiques, remplissant la lumière du canalicule.

L'immense majorité des autres tubes présentent des lésions moins marquées, mais évidentes. Elles consistent en vacuolisation de la partie centrale de la cellule, élimination du contenu de ces vacuoles, présence de boules colloïdes et de détritits granuleux formant parfois un réseau qui encombre la lumière, tandis que les cellules ont subi une diminution de leur hauteur. Par places se voient des cylindres finement granuleux, ou colloïdes et homogènes dans les tubes.

L'épithélium des anses grêles et des canaux collecteurs est beaucoup moins atteint, quelquefois on y trouve des granulations graisseuses et des cylindres.

Les glomérules sont peu altérés, l'épithélium du bouquet vasculaire contient souvent pourtant des granulations graisseuses et celui de la capsule semble gonflé, mais ne prolifère pas.

Les lésions interstitielles sont bien discrètes. Dans des points très limités, se voit un tissu conjonctif un peu augmenté, et riche en cellules. Il n'y a nulle part de nodules embryonnaires ou d'amas de leucocytes.

Les capillaires sont gorgés de sang en quelques points, il y

a même par place de petites hémorrhagies. On trouve du sang jusque dans la lumière des canalicules qui traversent ces foyers. Pas de lésions appréciables des vaisseaux d'un certain calibre.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

La nommée P... Alice, 23 ans, couturière, entre le 25 avril 1898 à l'Hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, lit n° 10, service du docteur Caussade.

Elle est sans connaissance et on ne peut obtenir d'elle aucun renseignement.

A l'examen de la malade, on constate une température peu élevée, 38°3, un pouls assez tendu, et rapide. Les membres inférieurs sont œdématisés jusqu'à la racine des cuisses, œdème mou, gardant l'empreinte du doigt. Pas d'ascite.

La face est légèrement bouffie. Les paupières écartées laissent apercevoir un myosis assez accentué.

Pas de paralysie faciale. Pas d'hémiplégie.

Au cœur, on entend un premier bruit prolongé donnant l'illusion d'un rythme de galop.

Aux poumons, quelques râles fins sans matité appréciable aux deux bases.

Le ventre est légèrement ballonné. Foie normal.

La vessie ne dépasse pas le pubis. On retire, à la sonde, quelques centimètres cubes d'urine, qui analysée par l'acide nitrique et par la chaleur et l'acide acétique, montre la présence d'une quantité notable d'albumine.

En pratiquant le sondage, l'attention est attirée par la présence d'ulcérations, siégeant sur la face inférieure des grandes lèvres, ulcérations à bord uni, non surélevé ; à fond grisâtre, bien limitées, avec aréole nacrée, les unes circulaires, les autres allongées. Un examen plus minutieux montre la présence d'ulcérations analogues, ayant tous les caractères de syphilides érosives sur la

face interne des petites lèvres. Elles accompagnent des syphilitides papuleuses et papulo-érosives assez petites du bord libre des petites lèvres.

Adénopathie inguinale double assez marquée.

La difficulté d'ouvrir la bouche de la malade ne permet pas d'examiner la gorge. Mais la notion de syphilis secondaire n'en reste pas moins établie.

En présence de ces symptômes, notre maître, M. le docteur Caussade, n'hésite pas à formuler le diagnostic urémie, à forme comateuse au cours d'une syphilis secondaire, résultat d'une néphrite probablement syphilitique.

Il prescrit comme traitement d'urgence, la saignée et l'injection de sérum de Hayem, se réservant d'établir, dès le lendemain, le traitement antisiphilitique par les injections d'huile de Panas. Saignée de 400 gr. Injection de 500 gr. de sérum.

Le jour même, à 3 heures, la malade est brusquement frappée de crises convulsives, survenant, sous forme de contractions rythmées dans le membre supérieur droit, se généralisant à la face, aux globes oculaires, ayant tous les caractères d'une crise d'épilepsie Bravais-Jacksonienne.

Nouvelle injection de 500 gr. de sérum.

Le lendemain, 26 août, la malade qui présente à plusieurs crises pendant la nuit n'a pas recouvré sa connaissance.

Le tube d'Esbach, fait la veille pour le dosage de son albumine, en décèle une quantité non dosable par son abondance.

L'œdème paraît avoir augmenté.

Au cœur et aux poumons mêmes symptômes.

Le diagnostic de la veille est confirmé, mais le pronostic malgré l'âge de la malade est très réservé. De fait, la malade meurt le soir même du 2<sup>e</sup> jour de son entrée à l'hôpital, au milieu d'une crise convulsive généralisée.

Autopsie le 28 août, 36 heures après la mort.

À l'ouverture de la cavité thoracique, on constate un léger épanchement dans les deux plèvres.

Les deux poumons sont volumineux, non congestionnés,

sans autre lésion à signaler, qu'un œdème généralisé, mais prédominant aux bases.

Une quantité de liquide clair dans le péricarde assez notable pour être signalée.

Le cœur est relativement gros, hypertrophié surtout dans les parois du ventricule gauche. Les parois sont d'ailleurs de consistance ferme, dures à la coupe, sans trace de sclérose apparente. Pas de lésion valvulaire.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate un très léger épanchement entre les anses intestinales normales.

Le foie n'est pas volumineux. Pas de périhépatite. Consistance et aspect ordinaire. Coupe normale. Poids 1500 gr.

La rate n'est pas volumineuse, et n'offre également rien à signaler.

Mais les deux reins sont petits, atrophiés. Poids du rein droit 105, du rein gauche 110 grammes. Leur surface extérieure est irrégulière, bosselée, et parsemée de points blanchâtres assez étendus, semblant être le siège ou le centre de la rétraction cicatricielle. Leur couleur est rouge, leur consistance ferme et dure. La décortication, presque impossible, sans arracher des lambeaux de parenchyme rénal. Elle rend plus apparente les étoiles de Verheyne qui témoignent de la congestion de l'organe.

A la coupe il y a atrophie marquée de la substance corticale, parsemée de petits points de la grosseur d'une tête d'épingle, tranchant par leur aspect hémorragique sur le fond déjà plus congestionné qu'à l'état normal de l'organe. En pratiquant une série de coupes parallèles à l'axe de l'organe, on découvre de véritables petits îlots hémorragiques. Les pyramides sont déformées, noirâtres, parsemées elles aussi d'îlots hémorragiques.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué, mais l'autopsie, nous le croyons, fournit des renseignements suffisants pour permettre de reconstituer la genèse des accidents.

Il s'agissait d'une néphrite de vieille date, à prédominance interstitielle, qui subit sous l'influence de l'infection syphilitique secondaire une poussée aiguë avec phénomènes uréniques mortels.

## CONCLUSIONS

De ce long exposé, il nous sera permis de tirer les conclusions suivantes :

1° La syphilis, au cours de sa période secondaire, peut présenter, au nombre de ses manifestations viscérales, une néphrite différente des néphrites qui surviennent à la période tertiaire.

2° Elle est plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois, car elle n'est que l'exagération de l'insuffisance de dépuratation urinaire, qui se produit au début de la poussée éruptive.

3° Elle survient dans les premiers mois qui suivent le chancre, et, bien qu'une syphilis bénigne puisse lui donner naissance, elle est plutôt l'apanage des syphilis malignes, c'est-à-dire à manifestations viscérales précoces,

4° Elle se manifeste par : une forme légère caractérisée par l'insuffisance urinaire décelable aux moyens d'exploration moderne (toxicité urinaire, bleu de méthylène, et cryoscopie), avec ou sans albuminurie légère passagère ; une forme moyenne caractérisée par l'œdème et l'albuminurie persistants, mais se terminant par la guérison ; une forme grave, forme classique des auteurs, caractérisée

par l'énorme quantité d'albumine, la rapidité et l'échéance fatale des accidents urémiques.

5° Elle relève manifestement de la syphilis sur le tissu rénal, en particulier sur l'épithélium. C'est une néphrite avec participation légère des glomérules.

6° L'action du mercure dans la production de la néphrite est rare et doit être négligée ; celle des infections secondaires peut être invoquée dans certains cas, mais le plus fréquemment il s'agit de néphrites vraiment syphilitiques.

7° Le diagnostic n'en doit pas moins se faire par une rigoureuse élimination des causes habituelles de néphrite, et par les caractères tirés plutôt des commémoratifs, c'est-à-dire de la nature des autres accidents spécifiques, que par les caractères de la néphrite elle-même.

8° Enfin le traitement, dernier mot du diagnostic, doit être toujours institué. Il ne faut pas craindre de donner le traitement mercuriel à doses faibles à cause de la salivation fréquente, et s'adresser surtout à l'iodure de potassium à doses élevées.

Le traitement ordinaire de la néphrite elle-même ne doit pas être négligé.

VU : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

FOURNIER

VU : LE DOYEN :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

GRÉARD



## BIBLIOGRAPHIE

- ASCHNER. — Icterus Syphiliticus precox. *Orvosi Hetilap*, 1899, p. 296.
- BARTHELEMY. — *Annales Derm.*, 1881, p. 250.
- CLIQUET. — Albuminurie à la période secondaire. *Archives de médecine mil.*, mai 1893.
- CORNIL. — Mém. sur les lésions anatomiques du rein dans la syphilis. *Thèse*, Paris, 1864.
- DARIER. — *Soc. de dermatologie*, 1893, 20 juillet, p. 850 et suivantes.
- DELORE. — Syphilis rénale précoce. *Provence médicale*, 31 août 1895.
- DRYSDALE. — Album syphilitique. *Brit. méd.*, juin 1879.
- DIEDERLEIN. — De la néphrite syphilitique. *Münch. med. Wochens.*, p. 976, 13 octobre 1896.
- ELSENBERG. — *Archiv. für dermat. und syphilis*, n° 2 et 3, 1894. — *Gazette sek.*, 1894.
- ETIENNE. — *Soc. de dermat.*, 11 juillet 1895.
- FORDYCE. — *Journal of cutan. disease*, avril 1897.
- FOULQUIER. — *Thèse*, Montpellier, 1897.
- FOURNIER. — *Leçons sur la syphilis*. — *Traité de la syphilis*, p. 736, et suivantes.
- GASTOU. — *Soc. de dermat.*, 14 décembre 1893.
- GREENE. — *Journal of cut. dis.*, janvier 1898.
- DE GRANDMAISON. — *Gaz. des hôpitaux*, 1<sup>er</sup> juillet 1893.
- HUDELO. — *Soc. de dermat.*, mars 1893.
- JACCOUD. — Syphilis précoce du rein. *Bull. méd.*, 22 novembre 1893.

- Néphrites syphilitiques précoces. *Union médicale*, 25 novembre 1893.
- Néphrites syphilitiques. *Sem. médicale*, 13 juin 1894.
- Un cas de néphrite précoce. *Journal des Praticiens*, 4 juillet 1896.
- Sur un cas de néphrite précoce, 10 mars 1897.
- LEWIN. — *Berlin. Klinik. Wochens*, 30 octobre 1893.
- LAFLEUR. — Syphilitic néphritis, *Transact. of the Assoc. of Americ. physician*, novembre 1896.
- LANCEREAUX. — Etudes sur les lésions viscérales de la syphilis. *Gaz. hebdom.*, 1864.
- *Traité d'anatomie pathologique*.
- MAURIAC. — *Traité de la syphilis tertiaire*, p. 559 et suivantes.
- *Arch. gén de méd.*, p. 385, 553 et 649.
- PACI. — *Gaz. de Osped.*, 24 janvier 1897.
- PATOIR. — *Arch. gén. de médecine*, 1901, p. 402.
- PANNETIER. — *Thèse*, Paris, 1892.
- PRENDERGAST. — *Thèse*, Paris, 1892.
- PORTE. — *Dauphiné méd.*, 1<sup>er</sup> décembre 1894.
- RÉGNIER. — *Thèse*, Paris, 1896.
- RÉNON. — *Presse méd.*, 15 avril 1899, p. 177.
- RAYER. *Traité des maladies du rein*, 1840.
- SCHWIMMER. — *Wiener Wochenschrift*, 1892, p. 50 à 52.
- *Berlin. Klin. Wochens*, 31 octobre 1892.
- TALAMON et LECORCHÉ. — *Méd. mod.*, 10 septembre 1891.
- THEILLE. — *Thèse*, Paris, 1898.
- VIVES. — *Thèse*, Toulouse, 1900.
- WAGNER. — *Deutsche Arch. für Klin. med.*, 1880.
- WEILANDER. — *Arch. für Dermat.*, 1894, t. xxvi, p. 3. T. xxxvii, 1896, p. 90.
- *Nord méd. Arch.*, t. xxii, p. 29, 1892.
- ZALDÉWITSCH. — *Thèse*, Saint-Petersbourg, 1896.





BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN

---